

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALCOOLISMO X TRABALHO:
UMA SITUAÇÃO SÓCIO-OPERATIVA DOS
FUNCIONÁRIOS DA ECT/DR-SC**

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para
obtenção do título de Assistente Social,
pela acadêmica:*

Graziela da Rosa Vieira

Florianópolis, setembro de 1998.

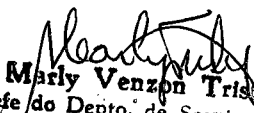
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado por:

GRAZIELA DA ROSA VIEIRA

Defendido:

28/09/98


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Krystyna Mattys Costa (Presidente)

Adriana Zanqueta Wilbert

Ana Claudia Moraes

NOTA:

Florianópolis, setembro de 1998.

***Dedico este trabalho a minha avó paterna
Belmira Mafra Vieira e ao meu avô materno
Dosny Manoel da Rosa (in memorian).***

Agradeço a todas as pessoas que de uma forma de outra contribuíram para a realização de mais uma etapa de minha vida.

SUA MAJESTADE O ÁLCOOL: ME CONHECES?

Sou o príncipe de todas as alegrias, companheiro de todos os prazeres mudanos, o mensageiro da morte: o príncipe que governa o mundo. Eu estou presente em todas as partes, em todas as cerimônias, em todas as reuniões. Fabrico adultérios, faço nascer nos corações pensamentos negros e cerimonias; a jovens e adultos os faço morais e os contemplos satisfeito; sou pai da corrupção e da desgraça, enveneno a raça, sujo os lares, trago o envelhecimento e a depravação, a loucura, o crime, o suicídio. Eu estou com a família, degenerando e extinguindo por completo a raça, ocasionando os conflitos e desgraça nos lares; faço nascer crianças raquíticas, retardadas, idiotas; coloco um véu sobre os olhos e a consciência, fazendo parecer o crime como vingança, o martírio como passatempo, o adultério e a imoralidade como entretenimento. Eu sou a causa das doenças e desgraças mais repugnantes, dolorosas e incuráveis; a tuberculose, o câncer, a sífilis, úlceras, tumores e muitas outras. Minha aspiração é converter o mundo em um hospital, em um manicômio e em presídios. Eu nasço em todas as partes; conheço todas as regiões do mundo; tenho minha origem na uva, na cana, no Trigo, na cevada, etc. Minha pátria é a terra, meus escravos são os homens, quem me envia é o diabo. Eu sou vosso rei. Eu sou sua majestade, o álcool.

Bárbara Musuneci Soares

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
1 - ALCOOLISMO E SUAS REALIDADES.....	09
1.1 A Droga conhecida como Álcool.....	09
1.2 Reconstrução Histórica - do Alcoolismo.....	21
1.3 Alcoolismo - da Diversões aos seus Problemas.....	37
1.4 Alcoolismo no Trabalho.....	44
2 - UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO JUNTO A EMPRESA BRASILEI - RA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS/DR-SC.....	51
2.1 Apresentação do Módulo 39 - Documento Normatizador do Programa na Empresa.....	51
2.2 Reconstrução Histórica do Programa de Prevenção e Tratamento dos Problemas do Uso do Álcool e outras Drogas.....	60
2.3 Reposicionamento – Uma nova linha de trabalho do Serviço Social na ECT.....	76
2.4 Apresentação da Pesquisa.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	100

INTRODUÇÃO

Hoje, mais do que em qualquer época, é comum nos depararmos com manchetes do tipo: “Da Cervejinha ao Alcoolismo”; " A Organização Mundial da Saúde adverte: maconha é menos prejudicial do que o álcool e o tabaco.

Com uma frequência assustadora, estes temas entram em nossos lares através de revistas, jornais, televisão, computador (internet) e em muitos casos, constatamos que um membro da família, um amigo é afetado pela doença.

No Brasil, segundo os dados do Ministério da Fazenda, a arrecadação do governo em bebidas alcoólicas chegou a 1,8 bilhões de reais - mais do que o lucro líquido em 1995 da Petrobrás, Telebrás e Vale do Rio Doce somados.

O consumo de bebidas por parte dos adolescentes está sendo mais constante em nossa sociedade. Embora muitos pais não achem o álcool tão assustador quanto as outras drogas, os especialistas alertam para o perigo dessa tendência e sugerem novas maneiras de interferir. Pois na classificação farmacológica o álcool é uma droga. Tendo apenas como diferença as outras

drogas é que é permitida por lei e aceita socialmente. Tornando o número de internações em clínicas especializadas cada vez maior.

Pelo fato de ser aprovada socialmente, o adolescente ingere a bebida acreditando que nada irá acontecer com ele e assim sem medir as consequências.

O interesse em estar buscando uma maior compreensão sobre o alcoolismo, onde o mesmo vem apresentando problemas na atualidade, foi o que nos levou a escolher este tema para estudo. Além, do que constatamos esse problema na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT onde realizamos nossa prática de estágio no período de 96.1 à 97.1.

A escolha deste assunto se tornou forte no momento em que começamos a acompanhar os casos de alcoolismo na empresa, como também a criação do Grupo Sensibilização.

Para melhor compreensão deste trabalho dividimos em 2 capítulos, onde o primeiro abordará um breve histórico sobre o álcool para podermos entender como esta droga vem se infiltrando na sociedade de forma a se estruturar nas malhas da cultura dos povos até adentrar em "nossos lares", empresas e, por que não, em "nossas vidas".

O segundo capítulo relata nossa prática de estágio vivenciada numa empresa publica - ECT, e como os profissionais vem se aprimorando para dar

conta de um tema que causa polêmica, exige compromisso profissional e envolvimento direto com o assunto.

1 ALCOOLISMO E SUAS REALIDADES

1.1 A DROGA CONHECIDA COMO ÁLCOOL

Com o intuito de compreendermos a influência que o álcool têm sobre as pessoas, necessário se faz adentrarmos na história e desvendarmos os seus significados. Para tanto, reservaremos a este capítulo do trabalho um espaço para observar as multifacetadas desta substância.

A origem da palavra álcool vem do árabe "kuhl", "kohl" ou "kohol" que traduzindo significa pó muito fino. Posteriormente passou a se chamar "essência - sutil parte do vinho" e a partir de então foi utilizada a expressão "álcool vini" que se entendia como o "espírito do vinho". Percebemos até então que há um certo misticismo que envolve este tema.

A cada momento histórico seu significado assume performances de sua época.

Tomando então o caminho da história nos baseamos em Mansur citado por Junkes (1997, p.54-55):

"a noção de que álcool era uma substância divina é encontrado na mitologia de povos iletrados, sendo que água, leite e vinho se tornaram símbolos de rituais, com significado de fonte, da vida. Acrescenta-se a isto, a visão simbólica da equivalência do álcool com sangue, que transparece nos rituais da Igreja Católica, que passaram a simbolizar a vida e a morte" (MANSUR citado por JUNKES, p.54-55).

Há indícios de probabilidades de que o álcool tenha assumido perfil de drogas psicotrópicas pelos traços simbólicos que vem desenhando desde a antigüidade e difundindo-se no âmago das comunidades de maneira lenta mas progressiva.

Vale salientar alguns acontecimento que marcaram a época, como podemos encontrar na Bíblia, com várias alusões à cultura do vinho e citando como exemplo clássico Gênesis (9:20 - 21, p.24-5):

" ... Noé, que era agricultor começou a lavrar a terra e plantou a primeira vinha. Tendo bebido o vinho, embriagou-se e despiu-se dentro da sua tenda" (GÊNESE. 9:20 - 21, p. 24 -5).

Eis que cenas parecidas com esta se reproduzem até os dias de hoje, mudando apenas o cenário e os atores. Chega ser impressionante a magia que envolve o homem proveniente desta essência que permite que um ser inibido enfrente uma praça pública e discursar com palavras atraentes, porém, muitas vezes, com uma postura duvidosa.

Ainda nos calcando em Mansur (1978, p.534) percebemos que:

" O fato das bebidas alcoólicas passarem a predominar nos rituais transformando-se no símbolo por excelência na vida, poderia ser conseqüente o seu efeito de, ao

liberar as inibições, produzir uma sensação de poder e de confiança. É oportuno lembrar que as bebidas alcoólicas destiladas foram inicialmente conhecidas como água vital, sendo que a palavra uísque deriva do termo gálico uisquebaugh que significa "água da vida" (MANSUR, 1978, p.534).

O álcool etílico ou etanol é um excremento de levedura que podemos encontrar no mel, nas frutas nos cereais e em outros componentes que se convertem em açúcar - Dióxido de Carbono (CO₂) e álcool (CH₃ CH₂ OH). Este processo denomina-se fermentação. A levedura continua a alimentar-se de açúcar até que, literalmente morre de intoxicação alcoólica aguda - a verdadeira primeira vítima da embriaguez.

Em estudos desenvolvidos por MILAN (1983, p.27) vemos que numa fermentação natural a concentração do álcool chega a 13 ou 14%. O processo de fermentação pode ser cessado de forma artificial ou pelo processo inverso, quando a levedura termina o seu papel na fase de fermentação e o homem assume esta função, desta forma o álcool pode alcançar uma concentração de até 75%, considerado álcool puro.

A porcentagem de álcool em bebidas destiladas é comumente expressa em graus de prova, medida norte americana. No Brasil medimos as bebidas alcoólicas em graus "Gay - Lussac" (° GL) que é equivalente á percentagem de álcool puro. Esta medida desenvolveu-se do costume inglês do século XVII de provar que uma bebida alcoólica era de vigor suficiente, misturando-a com pólvora e tentando pôr-lhe fogo. A prova é aproximadamente o dobro da

percentagem do álcool puro. Por consequência, um uísque de prova 100 contém 50% de álcool puro; um uísque de prova 86 é 43% de álcool

Ao ingerir bebida alcoólica, um ser humano direciona esta substância que segue rapidamente para o estômago, onde cerca de 20% imediatamente passa através das paredes estomacais para corrente sangüínea, os 80% restante são transferidas do estômago para o intestino delgado, onde serão, então, absorvidos na corrente sangüínea. A concentração de álcool no sangue é simplesmente uma medida de percentagem de álcool que o sangue suporta, tornando-se até mesmo curioso em saber que se uma pessoa ingerir mais álcool do que seu corpo possa suportar ele pode eliminar imediatamente.

O nível de álcool no sangue pode ter influência dos seguintes fatores:

- O peso: a pessoa mais pesada possui mais água no corpo para diluir o álcool;
- O sexo: as mulheres ao ingerirem álcool aumentam o NAS mais rapidamente, porque menos água no corpo e mais tecido adiposo (gorduras);
- A alimentação: um estômago vazio não tem outros alimentos com os quais diluir o álcool e diminuir seu ritmos de absorção na corrente sangüínea.

A seguinte tabela mostra, a relação entre alcoolemia e seus efeitos em bebedores esporádicos e crônicos.

Tabela 1 – Relação entre alcoolemia e seus efeitos

Níveis (mg/100ml)	Bebedores Esporádicos	Bebedores Crônicos
50 (inicial)	Euforia adequada	Nenhum efeito
75	Loquacidade	Freqüentemente nenhum efeito
100	Incoordenação motora	Sinais mínimos de incoordenação motora
125 - 150	Impulsividade inadequada descontrolada	Agradável euforia início da incoordenação motora
200 - 250	Redução do nível de consciência à letargia	Esforço para manter controle motor e emocional
300 - 350	Do estupor ao coma	Sonolência lentidão
Acima - 500	Pode ocorrer a morte	Coma

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994, p16)

Uma vez que o álcool entra na corrente sanguínea é distribuído pelo corpo através de uma simples difusão. Sua estrutura molecular, pequena e relativamente simples permite que ele passe através das membranas celulares e se misture no conteúdo todo de água no corpo. Encéfalo, fígado, coração, pâncreas, pulmões, rins e cada um dos outros órgãos e tecidos são infiltrados pelo álcool, minutos depois de ele ter passado para a corrente sanguínea.

Os efeitos no encéfalo pelo álcool são incomuns. Pelo fato de ser protegido de químicas e drogas por um sistema de filtro eletroquímico conhecido como a barreira sangue, encéfalo, permitindo que só passem pouquíssimas moléculas simples, como as do oxigênio e da água.

Em relação às células cerebrais, o álcool provoca um efeito depressivo depois de um certo tempo de uso, sendo esse o motivo pelo qual o mesmo é utilizado. Podendo causar depressão irreversível ou permanente do tecido cerebral, resultando em danos irreversíveis ao cérebro se seu uso for excessivo ou prolongado.

O álcool altera o psiquismo e o sistema nervoso central, modificando o comportamento do homem. Quando o álcool for ingerido em doses baixas, estimula as células encefálicas fazendo com que o bebedor fique feliz, falador, cheio de energias e eufórico.

Para fazermos um gancho entre álcool e drogas, vale enfatizar algumas características do álcool: líquido incolor, de cheiro característico, inflamável, volátil (PE 78° C) e produz efeito intoxicante quando ingerido em maior quantidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS

"Drogas são produtos que produzem na maioria dos usuários uma necessidade irresistível dela, um aumento da tolerância para seus efeitos e dependência física desta, manifestada através de sintomas sérios e dolorosos quando ela é suprimida (MILAN, 1983, p.35.)"

E ainda:

"Há um aumento da tolerância do tecido à droga, uma dependência física com sintomas físicos, síndrome de abstinência e uma necessidade irresistível da droga quando ela é suprimida (MILAN, 1983, p.35)."

Desta forma, o álcool é considerado uma droga porque causa dependência, uma das mais consumidas provavelmente foi legalizada e consumida em grande escala em todo o mundo.

Retornando o percurso da história e analisando os diversos estudos sobre a origem do álcool, constatamos que o hábito de beber é um costume muito antigo. Ao longo da história da humanidade, o homem produzia e ingeria álcool ou etanol, ainda que em estágio bastante primitivo.

Tomando como base os estudos de Fortes (1991, p.01):

"Provavelmente, o Pithecanthropus Erectus, ou um ser ancestral, os antropóides, já se familiarizara com o sabor das bebidas alcoólicas, ingerindo os sucos de frutos maduros, caídos das árvores; fermentados por exposição a fermentos acrotransportados e ao calor solar. Como se sabe, na natureza, para ocorrer o fenômeno da fermentação exigem-se só quatro condições: açúcar, água, fermento e calor. Santo - Domingo refere o provável uso ocasional de alguma bebida alcoólica, o absinto, por exemplo, pelo Homus Erectus há aproximadamente 250.000 anos; considera a existência possível de um consumo alimentar ritual nos períodos paleolíticos tardias 30.000 a C. e, com certeza, o consumo a partir do período neolítico 8.000 a 10.000 a C." (FORTES, 1991, p.01).

Alfaro em seu livro Os Seguidores de Baco, relata a história de Baco nome dado pelos romanos ao deus do vinho (a primeira bebida a ser descoberta). Conta a Mitologia Grega que Dionísio (nome dado pelos gregos) descobriu a vinha, certa vez, ao colher alguns cachos de uva, espremeu os frutos em taças de ouro e bebeu com seus amigos.

O deus do vinho não era só conhecido pelo nome de Dionísio nem tão pouco de Baco, pois recebeu múltiplas denominações nos lugares. E nem exclusivo da cultura grega. Encontramos antecedentes em antigas lendas índio-européia e em outras culturas, pois em toda parte houve uma assimilação do deus local.

Dionísio era considerado como um deus-touro, um deus moribundo, um deus-menino, um deus abandonado pela mãe, tendo um duplo nascimento. Em Creta, moedas de Cidônia mostram-nos um Dionísio jovem; em Polirêmia, um Dionísio cornudo; em Sibrita, um Dionísio barbudo.

Como vimos o deus do vinho possuía aspectos diversificados como foi relatado no parágrafo acima.

Em todas as religiões onde o misticismo e os contatos com o sobrenatural, representam um papel importante, constatamos um caráter sagrado, relacionado a uma bebida embriagante. A tradição das bebidas sagradas em rituais está comprovada em todas as antigas civilizações.

Pontuando Capana (1990, p.133):

"A maioria das mitologias a respeito da origem do álcool tem pelo menos um ponto em comum: a sua gênese divina. Diante dos efeitos psicotrópicos do álcool, a mente primitiva recorreu à vida mística para explicar a sua origem" (CAPANA, 1990, p.133).

Foi a partir dessa origem que o álcool se temporalizou, mantendo sua ligação com os deuses e passou a fazer parte dos rituais mais solenes, como forma de colocar as pessoas em contato com os deuses ou como representação, a corporificação do próprio deus. Temos como exemplo na nossa cultura da consagração da missa Romana, da Santa Ceia, dos rituais Protestantes, da incorporação de certos Orixás do Candomblé e da Umbanda.

De acordo com Fortes (1991, p.01-02):

"Guebaly e Guebaly postulam que o hábito de beber se teria originado não uma única vez, mas várias vezes na história, em diferentes regiões geográficas que chegaram alcançar maior desenvolvimento agrícola. A cerveja, proveniente da cultura do arroz na Índia ou da levada cultivada no velho Egito, foi provavelmente, a primeira bebida alcoólica elaborada pelo homem em grande escala. Os hábitos de beber existente na América do Sul teriam resultado da influência indireta do grande desenvolvimento agrícola alcançado pelos povos maias, na América do Norte e na América Central. Aparentemente, esses diferentes núcleos de difusão de bebidas alcoólicas teriam surgido aproximadamente na mesma época em pontos geográficos muito distantes uns dos outros" (FORTES, 1991, p.01-02).

Com aperfeiçoamento dos métodos de produção, conservação, transporte e distribuição dos etílicos, com também a venda deles nas tabernas, os preços diminuíram para os consumidores e contribuíram com o seu comércio. Ocasionalmente a primeira onda de alcoolização da humanidade, na época das Grandes Culturas Clássicas, na qual envolveu o Mediterrâneo Oriental e o Oriente Médio.

O transporte, através das caravanas, e a distribuição, por meio das primeiras tabernas instaladas nas cidades em formação, fez com que as bebidas industrializadas fossem divulgadas.

De acordo com Fortes (1991, p.02-03):

"Pouco a pouco, o consumo de alcoólicos foi crescendo nas diferentes classes sociais, incluindo os militares, os estudantes inclusive estudantes de medicina. Era hábito oferecer a eles, junto com a alimentação, uma porção de cerveja. As mulheres, sobretudo as de classes mais elevadas, também bebiam, estando registrados em

papiros episódios de embriaguez de senhoras da sociedade" (FORTES, 1991, p.02-03).

O abuso do álcool era visto pelos Antigos egípcios como uma fonte de prazer. Mas com o tempo essa idéia foi mudando em amplas camadas da população. No início, tratava-se de uma atitude discreta, cuja motivação maior era de natureza moral, que foi transformado em uma hostilidade aos consumidores. Os tabus religiosos tornaram-se regidos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

A Itália conheceu a videira antes dos gregos. Sendo o vinho uma mercadoria muito preciosa para os italianos que não conheciam outra bebida fermentada. A cultura da uva começou a se expandir no século II a C. a partir da desvalorização do preço dos Grãos e também com a introdução do pão na alimentação, criando o hábito de comer e beber. Os romanos até essa época bebiam água, os camponeses o suco de uva; e o vinho muito raro era proibido para as mulheres.

Os impostos sobre as bebidas alcoólicas foram aumentando cerca de 200 anos antes do nascimento de Cristo, por causa do aumento do consumo de vinho pela população e a transformação das bacanais em grandes festas populares. Com a expansão da uva e da produção de vinho na Itália o consumo local foi favorecido tornando-se um negócio lucrativo, sobretudo após o início de sua exportação.

Segundo Fortes (1991, p.05):

"Á medida que Roma se alcoolizava cada vez mais, celebrizando-se pelos grandes festins populares regados a vinho, as bacanais, surgem as críticas aos excessos alcoólicos, responsabilizando o álcool pelos mais diversos conseqüências conseqüências, até ao exagero, como veio acontecer com os historiadores do século XIX, que chegaram a apontá-lo como um dos responsáveis pela decadência do Império Romano. Pura conjectura, dado que não dispomos nem mesmo aproximadamente, de uma nação quantitativa do vinho que se consumia na Itália naquela época, para comparar com dados mais objetivos da atualidade" (FORTES, 1991, p.05).

Com a proliferação dos pontos de venda de vinho e cerveja (os destilados ainda não se tinham difundido nesse país), de tabernas, e de bares, anunciando e vendendo livremente as bebidas, resultou para a Inglaterra, no século XVIII, um grande aumento de alcoolização da população. Foram fixadas normas restritivas à venda de bebidas alcoólicas, leis adequadas para coibir os abusos pelos setores mais responsáveis da sociedade, contribuindo com a diminuição de alcoolização do país.

A Suíça, por sua vez, no século XIX, passou pela mesma experiência. Esse país, não sendo católico e não estando envolvido nos interesses comerciais ligados à produção do vinho, demonstrou inicialmente mais vacilação face ao grave problema de saúde pública que se alastrava por toda a Europa. Influenciada pelo grave problemas médico - social e, sob a liderança de Magnus-Huss, médico sueco que se aprofundou no estudo de tema, adotou medidas de controle e prevenção do alcoolismo que serviram de modelo para os países vizinhos.

No Brasil, os primeiros portugueses que aqui chegaram logo se deparam com o cauim, do tupi Ka'wi, bebida fermentada preparada pelos índios a partir da mandioca cozida ou de sucos de frutos, como o caju ou o milho, mastigados e depois misturados e postos a ferver em vasilhame especial de cerâmica que, posteriormente, enterravam no chão por alguns dias. Hons Standen, que esteve no Brasil em meados de 1500, foi aprisionado pelos tupinambás, em seus relatos, referiu-se ao cauim, ingerido em festas belicosas ou religiosas, nas quais muitos deles se embriagavam e cometiam atos desatinados.

Em 1557 ao visitar o Brasil, Léry destaca que a preparação do cauim era exclusiva das mulheres e que os tupinambás só se embriagavam nas grandes comemorações, não ingerindo bebidas por ocasião das refeições.

O conquistador português, que chegou no Brasil, trouxe vinhos e cervejas, aguardentes e outros destilados, que os índios não conheciam, de alta graduação alcoólica, susceptível de se incandescer.

A prática de lançar fogo ao álcool, água de fogo, frente ao olhar atemorizado dos gentios que supunham tratar-se de alguma manifestação sobrenatural, tornou-se freqüente pois, com isso, o conquistador se impunha ainda mais nas terras recém descobertas e podia, até, fazer ameaças aos nativos de queimar seus rios.

Com a instalação dos primeiros engenhos, logo no começo da colonização, a produção de açúcar de cana e aguardente, no Nordeste, Rio de

Janeiro e São Paulo, favoreceu as populações mais simples, como os índios e escravos tivessem oportunidade de se embriagar com bebidas nacionais. A cachaça era obtida da fermentação e destilação da borra do melaço. Está bebida era oferecida pelos fazendeiros aos escravos como medicamento, oferecida nas festas religiosas e feriados. Os portugueses preferiam as bebidas européias, os famosos vinhos franceses e portugueses, sendo que com o passar dos anos passaram também a consumir a cachaça, bebida que se tornou cada vez mais popular e procurada.

Pela sua popularidade alcançada em todo o país e pelo preço acessível, a cachaça contribuiu com o agravamento da alcoolização da população brasileira.

Após esse relato, concluímos que o consumo de bebidas alcoólicas é algo marcante em todas civilizações e classes sociais.

1.2 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA – DO ALCOOLISMO

Como vimos nos relatos anteriores, o álcool nas civilizações antigas era visto como uma coisa boa, associado aos deuses deixando de herança para atualidade a dificuldade de conceituar o alcoolismo. Resultando numa divisão da sociedade em relação ao que vem a ser alcoolismo, se é uma doença ou fraqueza emocional, falta de moral ou desvio de caráter.

No ano de 1804, já existia uma preocupação com o beber excessivo, como nos revela a literatura. No mesmo ano, um médico de Edimburgo, Thomas Trotter escreveu um trabalho no qual declarou que a embriaguez habitual era uma doença, provocando uma controvérsia explosiva que continua até hoje.

De acordo com Milan (1986, p.133):

"Em linguagem médica, considero a embriaguez, estritamente falando, uma doença, produzida por uma causa remota e dando origem a ações e movimentos no corpo que desordenam as funções da saúde" (MILAN, 1986, p.133).

Desafiando com sua afirmação o código moral da sociedade, ameaçou um princípio básico da Igreja Cristã e também questionou a tradicional falta de envolvimento da profissão médica com o alcoolista (na época tratado por ébrio).

As contestações da Igreja ao trabalho de Trotter baseavam-se em diversos pontos. Ao caracterizar a embriaguez habitual como doença, insistia que a vítima não era responsável por suas ações. O código moral ao qual a Igreja era guardiã foi ameaçado, porque através da história o ébrio era considerado criatura pecadora.

Uma criatura que preferia o vício à virtude, responsável por muitos de seus problemas que causava piedade. Assim, o bebedor habitual não poderia ser responsabilizado por suas ações e ficava protegido da condenação e dos julgamentos morais.

Reforçaremos esta pontuação pelas palavras de MILAN - "a embriaguez é má; a moderação é boa. Os ébrios devem receber piedade e ser desprezados; os abstinéus são virtuosos e admiráveis - proclama o código moral".

A profissão médica também foi afetada, porque Trotter sugeria que a doença era de sua responsabilidade. Suas funções eram até então, era tratar das complicações físicas, executar autópsias e conceder certidões de óbito.

O conceito não perdurou por muito tempo, pelo fato de nenhum seguimento da sociedade aprovar. Ao tentar tratar pela primeira vez o alcoolismo como uma doença, e não como uma aberração mental ou social, encontrou oposição cerrada.

Eli Todd, superintendente médico do Retiro Martford para os indianos, vinte e cinco anos depois, quase um quarto de século, sugeriu que talvez fosse melhor dar aos ébrios um retiro separado, em vez de tratá-los junto com os insanos e mentalmente incapazes. Mas foi forçado a abandonar sua idéia pela indignação de seus colegas.

Uma outra sugestão foi dada pela Sociedade Médica do Estado de Connecticut, dois anos mais tarde, a mesma era semelhante a de Eli Todd, sendo rejeitada por todos.

Quando foi inaugurada a Washington Home em Boston em 1841, uma instituição para ébrios conseguiu suportar a desaprovação pública e manter as

portas abertas. Os sessenta anos seguintes testemunharam uma época de esclarecimento no estudo e tratamento de ébrios.

Mais de cinquenta instalações públicas e privadas tinham sido abertas no ano de 1900, tendo como único propósito de tratar os ébrios. A Associação Americana para Cura dos Inebriados / que logo se chamaria Associação para o Estudo da Embriaguez, no ano de 1870 foi fundada por um grupo de médicos e superintendentes de asilo de ébrios, estimulando a pesquisa e a discussão, publicando centenas de artigos sobre assuntos relacionados ao alcoolismo.

O povo, mesmo com os progressos nessa área continuava a ver os ébrios como degenerados morais e não como vítimas de uma moléstia. A Igreja, continuava insistindo que o ébrio crônico era responsável por seu estado infeliz e precisava de orientação moral eclesiástica para ser reformado.

As atitudes morais e religiosas para com os bêbados e a embriaguez tornaram-se até mais intensas e intolerantes, cem anos depois das idéias de Trotter. Pelo final do século XIX, o florescente movimento da Temperança organizou nos Estados Unidos uma cruzada contra o álcool em nível nacional, lançando ataques ao público com Bíblias na mão e hinos de salvação que desencadeavam uma grande massa de seguidores.

Em 1919 nos Estados Unidos a lei Volstead, estabelecendo a Proibição Nacional, ofuscou efetivamente o estado do alcoolismo como uma doença. A proibição mesmo que tenha reduzido o consumo total no país, não teve efeito

aparente sobre o alcoolismo e, assim, errou o alvo. Como sempre aconteceu com tentativas mal dirigidas de legislar moralidade, não solucionou o problema, como ainda criou outros: a fabricação clandestina e os saques.

Em 1933, com o cancelamento da proibição, suscitou possibilidades para o evento que colocaria o alcoolismo como um assunto digno de interesse científico. Foi criada a Irmandade de Alcoólicos Anônimos (A A), em Ohio no ano de 1935, iniciativa de dois homens considerados bêbados irreversíveis por seus médicos.

Permaneceram sóbrios e passaram a auxiliar milhares de outros alcoolistas a se recuperarem em um programa que confia em princípios espirituais simples, na compaixão, entendimento e na troca de experiências entre companheiros sofredores, para conseguirem completa abstinência do álcool tendo como slogan: *"Se você quer beber o problema é seu Se você quer parar de beber o problema é nosso"*.

Os Alcoólicos Anônimos provaram que os alcoolistas em número significativo podiam se recuperar e voltar à vida produtiva, útil, provando que ao permanecerem sóbrios eram seres decentes e normais.

É uma irmandade de homens e mulheres que se ajudam mutuamente a manter a sobriedade e que se dispõem a compartilhar livremente sua experiência de recuperação com qualquer um que possa ter problemas com a bebida.

Estima-se que quase 2 milhões de alcoolistas se recuperaram desde a sua fundação. Hoje se calcula que existe em 136 países, possuindo um número de 48 grupos. Possui como características a informalidade e troca de experiências, propondo a abstinência por 24h e apoiando-se nos 12 passos e nas 12 tradições.

O método utilizado é o de fazer dos próprios membros terapeutas, compartilhando entre si das experiências semelhantes no sofrimento e na recuperação do alcoolista. O único requisito para se tornar membro é o desejo sincero de parar de beber. A programação do Alcoólicos Anônimos constitui de dois eixos indissociáveis: os 12 passos e as 12 tradições.

O primeiro refere-se à recuperação individual, e o segundo à constituição do próprio grupo.

Os alcoolistas, no momento em que decidem fazer parte do Alcoólicos Anônimos, estão dando um passo muito grande. Assim, quebram um obstáculo importante para o tratamento que é a negação. Ingressam no Alcoólicos Anônimos por livre e espontânea vontade, tomando consciência de sua doença e de seus atos.

Nos 12 passos do Alcoólicos Anônimos em que os alcoolistas apoiam-se, observamos claramente a crença em Deus, na forma em que cada um o concebe, e assim segue o seu tratamento. Percebemos a presença de Deus, em 6 dos 12 passos do Alcoólicos Anônimos. Para resistirem a abstinência apoiam-se numa força superior.

Tomando Deus como ponto de apoio, admitindo seus erros, as faltas, os problemas e se prontificando a redimir o mal que causaram e transmitir suas experiências a todos os que precisam, contando-as sem o menor constrangimento, pois possuem como orgulho maior o não estar bebendo, esta vitória faz com que os mesmos não voltem à vida que tinham quando eram alcoolistas ativos.

Uma das primeiras mulheres a fazer parte do Alcoólicos Anônimos fundou a Organização Voluntária que, mais tarde, passou a chamar-se Conselho Nacional do Alcoolismo (CNA), que tem ajudado a disseminar a idéia de que o alcoolismo é uma doença suscetível de tratamento.

Eles estão organizados em grupos e mantêm tanto reuniões abertas, como reuniões fechadas somente para alcoolistas.

O sucesso desta iniciativa, reconhecido nacionalmente e internacionalmente, motivou não apenas a disseminação da experiência pelo mundo todo, mas, da mesma forma, a criação de novas modalidades de grupos anônimos. Surgiram assim, os Grupos de Familiares e Amigos de Alcoólicos (AL ANON), dos Filhos Adolescentes de Alcoólicos (AL ATEEN), de Narcóticos Anônimos (NAR ANON), entre outros.

Os movimentos foram fortes, fazendo com que os médicos mudassem suas posições, 140 anos depois das constatações do médico Trotter. Em relação

ao reconhecimento do alcoolismo como doença por parte das Igrejas, a Presbiteriana foi a primeira.

Em 1956, o alcoolismo foi reconhecido como doença, passando mais de dez anos, até que a Associação Médica Americana (AMA) o reconhece-se. Apesar desse reconhecimento por parte da AMA, muitos médicos ainda viam o alcoolismo como uma inadequação psicológica subjacente.

Muitos cientistas e profissionais derrotam seus próprios propósitos de trabalhar o alcoolismo, pois acreditam que é causado pela bebida em excesso. Não por algum defeito genético, psicológico, social ou cultural do bebedor. Fazendo com que antigos mitos e concepções errôneas e os estigma mantenha vivo.

Segundo Milan (1986, p.139):

"A falha em reconhecer e eliminar esta raiz concerosa resulta em uma infinidade de conflitos. Já que as partes no conflito não estão tratando do problema real, elas terminam brigando e argumentando a respeito de questões superficiais ou irrelevantes. Assim, mesmo quando as causas fisiológicas hereditárias do alcoolismo, as atitudes profissionais continuam estagnadas e atoladas em mito e concepções errônea" (MILAN, 1986, p.139).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desempenhado um papel importante na formação de definições de saúde pública referente ao alcoolismo desde sua criação. Foram assim organizados, a partir da década de 50, várias

comissões de especialistas para discutir temas relativos à classificação e nomenclatura do alcoolismo. E assim se posiciona:

“ Alcoolismo - síndrome de dependência do álcool que resulta do estado psíquico e físico conseqüente da ingestão de álcool, caracterizado por reações e alterações de comportamento, e outras que sempre incluem uma compulsão para a ingestão de álcool de forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos ou evitar o desconforto de sua falta, a tolerância, ao mesmo podendo ou não estar presente...” (FORTES, 1975, p.03).

Ao analisar as definições da Organização Mundial de Saúde sobre alcoolismo, Niscatri destacou que a primeira definição considerava os alcoolistas bebedores excessivos, cuja dependência do álcool alcançou um grau tal que provocava distúrbio mental perceptível ou uma interferência em sua saúde física e mental, suas relações interpessoais, ou seu funcionamento social e econômico adequados; ou aqueles que demonstram sinais prodômicos de tal desenvolvimento.

Posteriormente, os bebedores excessivos foram definidos em termos de qualquer forma de beber que vai além do uso costumeiro ou conformidade com os costumes sociais de beber da comunidade do indivíduo, definição que enfatiza os aspectos sociais e não leva em conta os aspectos físicos de dependência.

Em 1955, a Comissão de Especialistas em Álcool e Alcoolismo, por causa da imprecisão desta definição, sublinha a importância dos sintomas

físicos, especificando que:

"O alcoolismo é uma doença crônica, caracterizada por um distúrbio do sistema nervoso que se manifesta, em nível comportamental, por um estado de dependência física" (OMS, In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.42).

Eles estão organizados em grupos e mantêm tanto reuniões abertas, como reuniões fechadas somente para alcoolistas.

O sucesso desta iniciativa, reconhecido nacionalmente e internacionalmente, motivou não apenas a disseminação da experiência pelo mundo todo, mas, da mesma forma, a criação de novas modalidades de grupos anônimos. Surgiram assim, os Grupos de Familiares e Amigos de Alcoólicos (ALANON), dos filhos Adolescentes de Alcoólicos (ALTEEN), de Narcóticos Anônimos (NARANON), entre outros.

Os movimentos foram fortes fazendo com que os médicos mudassem suas posições, 140 anos depois das constatações do médico Trotter. Em relação ao reconhecimento do alcoolismo como doença por parte das Igrejas, a Presbiteriana foi a primeira.

Em 1956, o alcoolismo foi reconhecido como doença, passando mais de dez anos, até que a Associação Médica Americana (AMA) o reconhece-se. Apesar desse reconhecimento por parte da AMA, muitos médicos ainda viam o alcoolismo como uma inadequação psicológica subjacente.

Muitos cientistas e profissionais derrotam seus próprios propósitos de trabalhar o alcoolismo, pois acreditam que é causado pela bebida em excesso. Não por algum defeito genético, psicológico, social ou cultural do bebedor. Fazendo com que antigos mitos e concepções errôneas e os estigma mantenha vivo.

Segundo Milan (1986, p.139):

"A falha em reconhecer e eliminar esta raiz concerosa resulta em uma infinidade de conflitos. Já que as partes no conflito não estão tratando do problema real, elas terminam brigando e argumentando a respeito de questões superficiais ou irrelevantes. Assim, mesmo quando as causas fisiológicas hereditárias do alcoolismo, as atitudes profissionais continuam estagnadas e atoladas em mito e concepções errônea" (MILAN, 1986, p.139).

A Organização Mundial da Saúde tem desempenhado um papel importante na formação de definições de saúde pública referente ao alcoolismo desde sua criação. Foram assim organizadas a partir da década de 50, várias comissões de especialistas para discutir temas relativos à classificação e nomenclatura do alcoolismo. E assim se posiciona:

Alcoolismo - síndrome de dependência do álcool que resulta do estado psíquico e físico conseqüente da ingestão de álcool, caracterizado por reações e alterações de comportamento, e outras que sempre incluem uma compulsão para a ingestão de álcool de forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos ou evitar o desconforto de sua falta, a tolerância, ao mesmo podendo ou não estar presente..." (FORTES, 1975, p.03).

As principais formas desta dependência são: a incapacidade de parar de beber antes de atingir o estado de embriaguez, e a incapacidade de interromper

o uso do álcool em razão do aparecimento recorrente de sintomas de abstinência.

Após uma série de estudos e constatações, a Organização Mundial de Saúde, em 1952, passou a considerar o alcoolismo uma doença que não escolhe sexo, idade, classe social. Doença esta irreversível e incurável, mas que pode ser tratada.

Segundo Niscatri, um marco nas definições da Organização Mundial de Saúde foi a inclusão do alcoolismo (Cod 303 – Síndrome de Dependência do Álcool) na 8ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID – 8). Onde o álcool foi considerado;

"Um estado de dependência físico ou emocional, com um consumo de álcool regular ou periódico, intenso e descontrolado, durante o qual o indivíduo experimenta uma compulsão para beber; com a interrupção do consumo de álcool há sintomas de abstinência, que podem ser reversos (OMS, In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.43).

Ainda classificado entre os distúrbios mentais não psicóticos, a CID – 9 apresentou algumas mudanças na definição do alcoolismo:

"Um estado psíquico e usualmente também físico, resultante do consumo do álcool, caracterizado por comportamentos e outras respostas que sempre incluem uma compulsão para consumir o álcool de uma forma contínua ou periódica com a intenção de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, para evitar o desconforto de sua ausência; tolerância pode estar presente ou não" (OMS, In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p.43).

Na década de 70, o conceito de Síndrome de Dependência que ainda estava passando por um processo de reformulação, mas para a Organização

Mundial de Saúde este conceito foi muito importante para a abordagem em relação ao alcoolismo, pelo fato de deixar claro que o conceito de Síndrome de Dependência seria distinto das incapacitações relacionada ao álcool.

A Síndrome de Abstinência, segundo a Organização Mundial de Saúde seria um agregado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos inter-relacionados. Já as incapacitações geradas pelo álcool, constituem disfunções físicas, psicológicas e sociais, que decorrem direta ou indiretamente do beber excessivo ou da dependência.

Constatamos que desde as primeiras definições utilizadas, pela Organização Mundial de Saúde, em 1950, no que se refere ao termo unitário alcoolismo houve uma mudança, onde se passou a utilizar um termo heterogêneo, englobando aspectos físicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais.

Em relação aos termos e definições relacionados ao consumo de drogas, houve também uma evolução. Sendo recomendado pela Comissão de Especialista em Drogas Produtoras de Dependência da Organização Mundial de Saúde, em 1964 com a substituição do termo “vício” por “dependência” a sua atenção foi em relação a diferença entre a dependência física e a dependência psíquica na CID – 10, ambos os aspectos físicos e psíquicos, foram utilizados sob a definição de dependência de drogas.

Atualmente, segundo Niscatri, a CID – 19 define Síndrome de Dependência por substâncias psicoativas como um conjunto de fenômenos em que o uso de uma substância ou classe de substâncias alcança uma propriedade muito maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos, que antes tinham um maior valor. Constitui uma característica fundamental: o desejo forte ou irresistível de consumir substâncias psicoativas.

A Organização Mundial de Saúde fornece as seguintes diretrizes para diagnósticos de tais dependências:

- a) forte desejo ou compulsão para consumir substância;
- b) dificuldade em controlar o comportamento de consumir;
- c) estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância foi reduzido ou cortado;
- d) evidência de tolerância, doses crescentes de tais substâncias são necessárias para alcançar os efeitos originais;
- e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância;
- f) persistência do uso da substância, mesmo com clara evidência de conseqüências nocivas.

As características básicas acima são constatadas em todas as pessoas que ingerem algum tipo de droga. Necessitam ser observados e analisados na história de qualquer dependência, pois assim teremos um bom tratamento.

No Jornal Brasileiro de Psiquiatria de 1995 volume 44, Silva destaca que historicamente, segundo Marllat e Cumings, houve três modelos para explicar a etiologia da dependência química, os quais se destacaram e acompanharam diferentes gerações; são eles:

- O Modelo Moral: o qual a dependência de drogas, sobretudo em relação ao álcool, era encarada como depravação moral onde os indivíduos dependentes eram encarcerados, não submetidos a tratamento e tidos como irrecuperáveis. Este modelo prevaleceu durante todo o século XIX, e ainda hoje existem pessoas que encaram o alcoolismo como uma falta de moral.

- Modelo Doença: este começou a ser investigado cientificamente na metade deste século, e tomou força a partir do livro “A Concepção de Doença do Alcoolismo”, de Jullinek, o qual conceitua a dependência como doença, sugerindo a hipótese de que existiria nos indivíduos vulnerabilidade biológica que os levariam a se tornar dependentes, e os mesmos não teriam controle volitivo sobre a ingestão de álcool.

- O Modelo Aprendizado Social (emergiu na década de 70, dentre outros modelos alternativos): Bandura enfatiza a importância do aprendizado como estratégia de tratamento para o indivíduo lidar e antecipar as situações de

risco. Neste modelo a dependência é encarada como uma desordem do comportamento aprendido, que pode ser compreendido e modificado, sobretudo com a participação ativa do indivíduo. A recaída é um processo de transição entre o uso problemático e a manutenção do novo comportamento.

Atualmente, os diversos autores que trabalham com a questão do alcoolismo possuem sua conceituação. Alguns possuem pontos em comum, e outros totalmente divergentes.

Dentre os diversos autores classificamos Dractu e Araújo (1985, p.263-268), os quais definem o alcoolismo como uma doença porque implica perda da capacidade de optar, instalando-se em indivíduos que habituaram-se ao uso excessivo do álcool por tempo prolongado, sob a influência de fatores como a família, sociedade e cultura, caracterizado por uma ingestão compulsiva e repetida.

Outro conceito importante bastante difundido é o da Associação dos Alcoólicos Anônimos, onde o alcoolismo é encarado como uma doença progressiva, fatal e incurável. O dependente sempre será alcoólico, assim muitos pesquisadores e estudiosos no assunto acreditam que o alcoolista deve manter-se distante da bebida, porque bastará uma gota dela para por a perder a sobriedade alcançada e desencadear a perda de controle.

Um ponto bastante polêmico no que se refere a abstinência e o beber controlado, insiste-se que antes do primeiro gole o alcoolista ainda tem controle da sua situação, depois do primeiro gole perde o controle completamente.

Outra questão bastante polêmica no alcoolismo é a hereditariedade. Em Alfaro (1993;78) podemos destacar a pesquisa de Goodwin que possui provas acumuladas indicando que o alcoolismo é hereditário, passando de pais para filhos por intermédio de genes. Através de um estudo que separava filhos de alcoolista ao nascer dos pais verdadeiros, constatou-se que estes têm realmente um risco mais elevado de tornarem-se alcoolistas.

A questão da hereditariedade como causa importante do alcoolismo ainda muitas vezes os profissionais e pesquisadores relutam em aceitar.

Concluimos que não podemos formular explicações universais, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais, sobre a etiologia do alcoolismo. Todas as afirmações e discussões referentes ao alcoolismo possuem sua parcela de significação na tentativa de compreender o fenômeno.

1.3. ALCOOLISMO - DAS DIVERSÕES AOS SEUS PROBLEMAS

O alcoolismo é uma doença que se instala em indivíduos que se habituam ao uso excessivo do álcool, por tempo prolongado, sob a influência de fatores

como: a família, a sociedade, a cultura, por sua ingestão compulsiva e repetitiva.

Em relação as diferenças entre um alcoolista e um não-alcoolista, constatamos que os autores são unânimes ao afirmarem que não existe nenhuma diferença entre os dois. Ambos bebem do mesmo modo e pelas mesmas razões. Bebem para conseguirem os efeitos do álcool, como a euforia, relaxamento, e assim acomodar suas frustrações, ficar de bom humor e também melhorar seu desempenho sexual, o que é um grande mito, pois, passando algum tempo, estas pessoas ficarão impotentes sob o efeito do álcool.

Com o passar do tempo, os dois vão se diferenciando, pois o alcoolista passa a beber mais e com maior frequência, tendo começado ele não quer mais parar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, todas as pessoas começam a beber socialmente. Assim, 30% passam a beber regularmente aumentando a quantidade e a frequência do consumo, tornando-se bebedores moderados. E os 10% seguramente um dia tornar-se-ão alcoolistas.

A doença no estágio inicial é de difícil reconhecimento por parte do alcoolista e seus amigos, nem se desconfia que este está sofrendo de uma doença progressiva e, muitas vezes, fatal. Pelo fato de seus sintomas serem sutis e facilmente confundidos com reações normais do álcool.

A partir do momento em que o bebedor sofre com a bebida, inicia-se o alcoolismo, o mesmo não consegue mais controlar o seu consumo, e assim

desenvolve uma crescente resistência física aos efeitos do álcool, inicia-se a fase da tolerância.

A tolerância se desenvolve durante períodos indeterminados, dependendo de cada indivíduo. Alguns alcoolistas apresentam uma mudança sutil, gradual em relação ao beber normal para um padrão de frequência crescente e em quantidades cada vez maiores ao longo de um período de muitos anos, tendo a capacidade de beber mais do que seus amigos e acarretar menos prejuízos.

O diagnóstico do alcoolismo não é feito pela quantidade de ingestão que se faz, pois cada pessoa possui um organismo diferente, e sim pelo fato de reagirem de forma diversa a tudo que ingere. Existe duas características básicas do alcoolista:

✕ mudança de comportamento: queixas de irritação, descontrole, ansiedade e depressão, freqüentemente sem uma causa a que atribui-las, refletem o humor e inconsciente relacionado à percepção de uma realidade igualmente sem firmeza.

✕ dependência: o alcoolista necessita beber porque suas células estão fisicamente dependentes do álcool. Seu organismo adaptou-se à presença da liberdade, sendo esta sua principal fonte de energia e estimulação. Um dependente é uma pessoa que perdeu a liberdade de escolha, que bebe não porque quer, mas porque é privado da capacidade de controlar.

No início o alcoolista bebe todas as vezes que lhe oferecem, procurando sempre uma razão para sua atitude. Possui uma tolerância maior ao álcool, em suas compras sempre estão presentes o vinho, a cerveja; não sofre com a bebida, seus amigos e a família não percebem nada de anormal.

Segundo Milam (1991, p.84), à medida que o alcoolista bebe mais e com maior frequência, os efeitos tóxicos da bebida começam a perturbar o equilíbrio químico e elétrico de seu encéfalo. O alcoolista do estado intermediário e final é frequentemente irracional, iludido e incapaz de compreender o que está acontecendo em seu interior.

A perceptível falta de controle ajuda a definir o estágio intermediário e o início do estágio degenerativo do alcoolismo. O estágio intermediário pode ser caracterizado pela dependência física em Síndrome de Abstinência (Delirium Tremens – tremores no corpo, alucinações, convulsões, mania de perseguição), desejo incontrolável de ingerir álcool e perda de controle.

A família só começa a perceber os problemas no momento que o indivíduo privilegia a bebida em todos os momentos de sua vida, como por exemplo, depois de ir embora do serviço ele passa no bar para beber, antes de começar ou ir as festas ele é o primeiro a tomar (pré-beber).

Embora a distinção seja difícil, o estágio final (deterioração) pode ser marcado pela infinidade de problemas em órgãos e sistemas do corpo. A

tolerância ao álcool é progressiva e diminuída, por causa dos danos no fígado e no sistema nervoso central.

O indivíduo ao chegar ao ponto de ser um alcoolista crônico não percebe que a bebida está o destruindo. Só possui a consciência de que ela está lhe fazendo bem, pois oferece alívio rápido da agonia constante, confusão mental e agitação emocional. A maioria das mortes causadas pelo alcoolismo ocorre nesta fase, decorrente de problemas físicos, cirrose, pancreatite, câncer, etc.

Edwards (1995;59) afirma que:

"A maioria dos alcoólatras morrem de dez a vinte anos mais cedo que seus amigos não-alcoólatras. Infelizmente, a grande parte jamais recebe tratamento por sua doença. As certidões de óbito tipicamente declaram insuficiência respiratória cardíaca, acidente, suicídio, deficiência respiratória como causa da morte..." (EDWARDS, 1995, p.59).

Em sua vida o alcoolista apresenta dois problemas: os que ocorrem na vida de toda pessoa e os que são direta ou indiretamente gerados pela dependência. Assim, é óbvio que os problemas são as conseqüências do beber e não a causa. Os problemas sócio-econômicos, psicológicos entre outros podem motivar o beber, e assim afetar a velocidade com que as pessoas desenvolvem o alcoolismo, porém estes fatores não explicam por que apenas um em cada dez desenvolve a dependência.

Não é surpreendente que o alcoolista analise o seu problema de forma invertida. Ele deixa de identificar o seu beber como a causa dos seus

problemas, pois a bebida é segundo ele, uma forma de solucionar seus problemas já que a sua experiência é que a bebida o alivia.

Segundo Glitow (1991, p.15):

"O alcoolista tem todos os motivos para minimizar ou explicar sua bebida e negá-la é uma preocupação primária. Não demora muito para encontrar desculpas plausíveis" (GLITOW, 1991, p.15).

Não é só o indivíduo que nega sua doença, a família também, pois para ela o problema é um vício passageiro, no qual irá mudar seu hábito, e assim não leva em conta que o alcoolismo é uma doença.

Todo o sistema de interrelação do alcoolista com o mundo é estruturado a partir do álcool. A bebida é o que existe de mais importante para ele. Tudo o que faz tem que ser sob influência do álcool, pois só assim terá condições de exercer seu papel social. Nesta fase, os alcoolistas começaram a evitar pessoas e lugares que não permitem bebida.

O alcoolismo é um grande nivelador. Podemos encontrar o problema tanto nos executivos do subúrbio de Nova York, como nos Cortiços da França e nas Favelas da América do Sul. Estima-se que 10% da população mundial tenha problemas com o uso do álcool.

Segundo Edwards (1995, p.01):

"Em qualquer cultura a variedade de problemas relacionados com a bebida é enorme. Traumatismos cranianos ocorridos sábado à noite em Geasgow, capotagem de carro em algum local da África Ocidental, violência num vilarejo do interior do Brasil. Para citar apenas parte de uma lista interminável de

maneiras pelas quais o excesso de bebida pode, ocasionalmente ou cronicamente contribuir para prejudicar a convivência social e familiar, a saúde física ou bem estar mental” (EDWARDS, 1995, p.01).

Citando alguns números extra-oficiais de acordo com Alfaro (1993, p.25), do total da população brasileira estimada em 140 milhões, 98 milhões tomam alguma bebida alcoólica, dessa forma cerca de 10 milhões estão em algum estágio de alcoolismo. Incluindo os familiares diretamente ligados ao alcoolista que também ficam doentes, esta estimativa seria de quase 35 milhões de pessoas atingidas pelo uso do álcool.

Uma série de conseqüências do uso do álcool foram enumeradas pelo Ministério de Saúde do Brasil, no Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Uso do Álcool: 32% dos leitos hospitalares visitados estavam ocupados por pacientes que apresentavam abuso do álcool; 40% das consultas prestadas pelo Ministério da Previdência Social; 39% das ocorrências policiais; 20% das separações conjugais; 75% dos acidentes de trânsito estão relacionados com o uso do álcool.

O álcool é a primeira causa de doenças e a terceira causa de morte no país, perdendo apenas para o câncer e as doenças cardíacas. Esses números vem crescendo em uma larga escala.

Uma pesquisa feita pelo Inter Science Informação e Tecnologia Aplicada publicada na Revista Veja de 3 de abril de 1996 nos revela que:

“... no ano de 1995 foi feita uma pesquisa com 600 adolescentes do Rio de Janeiro e de São Paulo onde

revelou que 42% deles tomam bebidas alcoólicas de vez em quando. Um índice esmagadoramente superior aos que dos que usam maconha (4%) ou cocaína (1%). Outra pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Cebrid, da Universidade Federal de São Paulo, em escolas estaduais de 1º e 2º grau de dez Estados brasileiros, acionou um alarme mais forte: 19% dos jovens entre 10 e 18 anos tomam bebida alcoólica mais de dez vezes por mês, o que em termos médicos já caracteriza uso freqüente da substância. Há sete anos, esse índice era de 14%. Os que usam álcool de forma pesada (vinte vezes ou mais por mês) passaram de 8% em 1989 para 12%.” (VEJA., 1996, p. 51 à 55).

O alcoolismo é um grande problema social que vem agravando-se com o aumento da população, com o alastramento da crise social, com a inserção da mulher no mundo do trabalho e com a liberação indevida de bebidas a adolescentes e sua ingestão cada vez mais cedo, o que dá ao tema um caráter de urgência, levando-se em conta a defasagem entre o problema e o conhecimento que se tem sobre ele.

1.4 ALCOOLISMO NO TRABALHO

Este item do trabalho abordará de forma efetiva a relação entre o alcoolismo e o mundo do trabalho.

Há uma malha de relações entre o trabalho, a doença alcoolismo e o beber excessivamente que se da em várias instâncias e caminhos diferenciados, exigindo dos profissionais envolvidos principalmente na área de Recursos Humanos da empresa um envolvimento com a temática.

Como já discutimos anteriormente^{*} o alcoolismo vem se difundido de forma lenta e gradual no âmbito da sociedade, vinculado a fatores socio-econômicos e culturais que interferem diretamente no patamar das relações de trabalho, ou seja, nas instituições públicas ou privadas.

A partir do momento em que os problemas provocados pelo álcool começam afetar o desempenho profissional no trabalho trazendo uma preocupação excessiva ao empregador. Pois é no trabalho que são constatados os grandes números de absenteísmo, acidentes, atrasos, baixa produtividade, tendo responsáveis por esses atos do indivíduo o álcool.

Desta forma as empresas vem ampliando o grau de consciência que este problema - o alcoolismo vem afligindo grande parte de seus funcionários.

O álcool quando ingerido em excesso e repetidamente reduz a eficiência do trabalho e a sua segurança e dos colegas. Como pontua VIEIRA e HALVASS "a queda da produção e da criatividade nas empresas em geral, abstraindo-se os fatores inflação e recessão, aponta o alcoolismo como grande responsável pela má administração de muitos negócios e a queda na produção de bens e serviços".

As empresas começam a se preocupar com questões referentes ao álcool quando suas consequências interferem diretamente na produtividade, consequentemente no lucro e na qualidade de seus produtos e serviços.

De maneira geral existe dois motivos que levam uma empresa a criar programas de prevenção e tratamento de alcoolismo e outras drogas, primeiramente a economia, quando evitam perda de funcionários especializados, custos de treinamento, acidentes, absenteísmo e poupança de gasto com doenças. Em segundo lugar, é dito que a empresa efetivamente motiva o alcoolista numa direção de um tratamento com grandes chances de ser bem sucedido.

De acordo uma pesquisa em 319 estatais de todo país, o alcoolismo é o principal problema funcional para 37% dos funcionários das empresas estatais. O número de funcionários celetistas brasileiros chega à cerca de 20 milhões. O tratamento lançado pela Nação supera os 7% do PIB. De 2 milhões de acidentes de trabalho catalogados em 1990, 43% se deve à doença alcoolismo, de forma direta ou indireta.

A consolidação das Leis do Trabalho, em 1943, tratou do tema alcoolismo como vício punível, no mínimo com demissão sumária por justa causa.

Hoje, apesar dessa lei não ter sido alterada formalmente, os Tribunais do Trabalho possuem outra visão:

“Alcoolismo patológico é uma doença e não falta grave, a consequência jurídica é o encaminhamento à Previdência Social e não o despedimento”(PROCESSO RR 4.176, AC 898/97, RELATOR MINISTRO ARI CAMPISTA., In: TEIXEIRA. 1991, p.06).

Não se pode demitir o funcionário antes de lhe propor tratamento. Se isto acontecer, o empregado provavelmente terá que ser reintegrado com todos os seus direitos.

As empresas preocupadas com os reflexos do alcoolismo estão implantando programas de prevenção, acompanhamento e tratamento, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida dos funcionários com problemas, como também de evitar a perda de funcionários especializados reduzindo a deterioração dos custos, de treinamento, acidentes e absenteísmo.

Além de ter sido constatado, destaca Ramos et al apud Capana (1990, p. 219), que a empresa motiva o alcoolista a um tratamento bem sucedido, pesquisas mostraram que o índice de recuperação está entre 50% e 70% nas empresas, comparado com apenas 30% dos ingressos particulares.

Segundo Ramos et al apud Capana (1993, p.219), o principal atrativo desses programas tem sido a redução de gastos.

Van Wiegand mostrou que:

“O departamento de trânsito de Nova Iorque, com 34.000 empregados, economizou 1,5 milhões de dólares por ano em gastos com a doença, a um custo de 65.000 dólares por ano na administração de seu programa” (CAPANA. 1990, p.219).

Ainda segundo Capana (1990, p.220) na Inglaterra o National Council ou Alcoholism demonstrou que foram gastos 56 milhões de dólares por ano, sendo

28 milhões com benefícios doenças (estimando 300 mil alcoolistas que perdem em média três semanas por ano de trabalho).

Não existem dados concretos da prevalência do alcoolismo nas empresas. Dificultando tal levantamento, pois cada empresa possui características diferentes como também a resistência dos empregados em responderem os questionários referentes ao tema.

Vários estudos segundo Capana (1990, p.219) tentam relacionar faltas e problemas com o álcool.

“Stevenson encontrou uma média de 22 dias / anos; Edwards em pacientes atendidos em clínicas 86 dias / anos; Berglin e Rosengern, numa amostra de 868 paciente entre 20 a 49 anos, atendidos em 17 clínicas, constataram que eles haviam trabalhado apenas 50% do ano” (CAPANA.. 1990, p.219).

Em muitas vezes os chefes fecham os olhos para os problemas, aceitando todas as desculpas do empregado, pela dificuldade de trabalhar com o assunto, que provavelmente advém de uma falta de preparação.

Twerski coloca em questão que acontece muitas vezes, a de encobrir um empregado decorre do senso de lealdade. Algumas vezes, o beber excessivo do próprio superior torna-o relutante em tomar providências mais agressivas e “muitas vezes ele partilha do engano de que o alcoolismo pode ser corrigido apenas com a força de vontade”. (TWERSKI. 1990, p.92)

Há evidências de que em algumas atividades intensifica-se o consumo problemático de bebidas Capana (1990, p.220 à 221):

“Lemere e Maxwel encontraram ao revisar 7.828 alcoolista em Washington 20% de executivos, 5% de profissionais liberais, 8% de danos de casa. Glatt notou que de 50 paciente de clínicas privadas 24 eram diretores, 10 executivos. Sprattery, examinando 700 questionários de membros do Alcoólicos Anônimos, não encontrou associação entre ocupações e alcoolismo(...). Amark na Suécia, observou que viajantes comerciais estavam representando 13 vezes mais no grupo de alcoolistas da população. Campana, encontrou 91 pacientes internados no Hospital Mão de Deus, em Porto Alegre, 27% técnicos especializados, 16% comerciantes, 10% aposentados”(CAPANA. 1990, p. 220 à 221).

Podemos destacar como fatores de riscos no trabalho os seguintes pontos:

- Acesso fácil ao álcool;
- Pressão social para beber
- Ocupações que promovem afastamento social e sexual;
- Falta de supervisão no trabalho;
- Trabalhos que exigem um alto rendimento, ou baixo;
- Convívio com colegas e paternalismo das chefias;
- Ocupações que submetem o empregado a um stress constante;
- Pré-seleção de indivíduos com alto risco (RAMOS, 1993, p. 221).

Todos estes fatores são de grande importância no convencimento do alcoolista a aceitar tratamento.

No âmbito das empresas, o tratamento do alcoolismo vem se tornando um desafio a cada dia que passa, tentando ampliar esta questão para patamares como tratamento da família em uma visão mais holística do tema. Para tanto exige um aperfeiçoamento constante dos profissionais da área de Recursos Humanos para o combate da situação de forma emergencial, mas muito mais, no que se refere à prevenção.

2 UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO JUNTO A EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT

2.1 APRESENTAÇÃO DO MÓDULO 39 – DOCUMENTO NORMATIZADOR DO PROGRAMA NA EMPRESA

A preocupação com a questão do alcoolismo pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT teve suas primeiras iniciativas no ano de 1977, juntamente com o período no qual se implantava o Serviço Social na Empresa.

Os casos atendidos eram abordados a nível curativo e ações isoladas, ou melhor, não havia um acompanhamento multiprofissional. Os casos em crise eram atendidos individualmente, o que veio a dificultar a eficácia da ação dos técnicos envolvidos com o problema.

Sentiu-se necessidade de um aperfeiçoamento dos técnicos de intervenção, pois as ações tomadas anteriores não estavam surgindo efeito. Procurou-se integrar a família e as chefias dos empregados envolvidos no

processo. Na empresa não existia uma política definida em relação ao problema.

No ano de 1990 houve a implantação do Programa de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo pelo Serviço Social, o qual ainda possuía um caráter experimental e desconsiderava a existência do abuso de outras drogas, lícitas e ou ilícitas, restringindo seu enfoque ao abuso do álcool.

Nesse período as ações priorizavam o aspecto prevencionista no âmbito da Empresa, onde eram realizadas campanhas e palestras.

Apesar dos esforços do Serviço Social em estar desenvolvendo o Programa, não houve a repercussão desejada no que se refere a sua qualidade e a sua eficácia. As campanhas realizadas com o intuito de estar informando a todos os empregados os aspectos ligados à doença, não estavam alcançando todos os segmentos da Empresa e, nem tão pouco, sensibilizando o seu público alvo.

Observou-se também que neste período houve grande incidência de casos de alcoolismo na Empresa em Santa Catarina desafiando os técnicos da área de Recursos Humanos em um compromisso maior com este Programa.

Ao mesmo tempo, a Divisão de Serviço Social e Benefícios com sua sede em Brasília, órgão este responsável pela coordenação do Serviço Social na Empresa, elaborou um documento o qual unificou os procedimentos técnicos

necessários à prevenção e ao tratamento da doença no âmbito da empresa em todos os Estados Brasileiros que possuem a sede Correios.

Embasados em uma abordagem científica e multiprofissional do problema, direcionaram uma nova abordagem para o Programa que pretendia contribuir para a melhoria da qualidade da política de assistência da Empresa, envolvendo todo o seu corpo funcional neste processo.

Em 1992 a Superintendência de administração de Recursos Humanos lança o Programa de Prevenção e Tratamento dos Problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, a nível nacional, com diretrizes normatizadas pelo módulo 39 do MANPES – Manual de Pessoal, sendo facultada à cada Diretoria Regional a adaptação dessas diretrizes à sua realidade. Cabe ressaltar que apesar de mais estruturado o programa não contava com uma Política Social formulada que desse sustentação ao seu desenvolvimento adequado no sentido da obtenção de resultados efetivos quanto a saúde física, emocional, social e funcional de nossos funcionários e do aumento da qualidade de seu trabalho.

Em 10 de novembro de 1993, passou a vigorar o Módulo 39 que no Manual de Pessoal (MANPES) operacionalizava o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento dos Problemas Decorrentes do uso do Álcool e outras Drogas, legalmente no âmbito da empresa. O Documento foi elaborado pela

Superintendência da Administração de Recursos Humanos, numa perspectiva de política única a nível nacional.

O Programa tem como objetivos:

“ Objetivo Geral: - contribuir com a Política da Empresa através de ações educativas e terapêuticas voltadas para os problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas.

Objetivos Específicos: - informar permanentemente o público interno da Empresa e seus respectivos familiares sobre os aspectos biopsicosociais ligados ao uso de álcool e outras drogas;

- orientar as chefias e demais profissionais;

- identificar os empregados com problemas de álcool e drogas, através do uso de técnicas científicas;

- prestar atendimento médico-social ao identificados e seus familiares / dependentes, orientando-os e acompanhando-os através de uma equipe multiprofissional;

- dinamizar a utilização dos recursos disponíveis na comunidade, tendo em vista o incremento das ações preventivas e terapêuticas previstas neste Programa".
(MÓDULO 39, 1993, CAPÍTULO 1, p.01).

Para melhor compreendermos estes procedimentos realizados, cabe nos reportarmos ao documento normatizador – módulo 39 – e analisá-lo minuciosamente.

Observamos que entre os objetivos específicos propostos pelo Programa alguns são cumpridos parcialmente decorrente de uma série de fatores: falta de mão-de-obra efetiva para realização de trabalho, falta de tempo e compromisso da Empresa em estabelecer uma política interna que garanta o compromisso com a efetividade deste programa que julgamos de suma importância.

No que se refere a nível preventivo, a realização de atividades o manual propõe como:

“...envolve um trabalho integrado de técnicos das seguintes áreas: Serviço Social, Treinamento, Saúde, Segurança do Trabalho, Integração Empregado - Empresa e Engenharia. Cabendo ao Serviço Social a Coordenação das atividades a serem desenvolvidas pela equipe”. (MÓDULO 39, 1993, CAPÍTULO 2, p.1)

Novamente sentimos a falta da participação dos outros técnicos no acompanhamento dos casos de alcoolismo, pois o Serviço Social no âmbito da Empresa elabora acompanha e executa os trabalhos, tendo em algumas vezes o acompanhamento dos técnicos de Psicologia, Médico e Enfermeira; enquanto nas outras áreas não desenvolve e mesmo assim o trabalho desenvolvido ainda é bastante dicotomizado.

Trabalhar o alcoolismo pressupõe uma equipe de diferentes profissionais - médicos, psicólogos, assistentes sociais, porque de acordo com a Organização Mundial da Saúde, não se pode compreender suas causas, implicações e decorrências, sem levar em conta a ordem trivial dos problemas decorrentes do alcoolismo (fatores físicos, psicológicos e sociais), por ser um tratamento difícil, cheio de dificuldades para o alcoolista e para os profissionais que estão trabalhando com ele.

Sendo assim o ideal é que a Empresa assumisse uma postura interdisciplinar, direcionando o viés deste Programa via função de conhecimento dos vários profissionais que compõe o seu quadro funcional.

Compartilhando com as idéias de Severino que diz

"a interdisciplinariedade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade" (SEVERINO, 1993, p.15).

Sendo assim, os Correios tem grandes possibilidades de iniciar este trabalho, basta que reformule as diretrizes da área de recursos humanos, assumindo este programa com mais responsabilidade, pois tem como contratados os profissionais, necessário para tanto: Assistente Social, Psicólogo, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Segurança do Trabalho e instrutores de treinamento. E não basta apenas um elo entre estes profissionais, mais uma relação intersocial e um compromisso ético de toda Diretoria Regional e conseqüentemente de todos os funcionários.

Reforçando este pensamento nos embasaremos em Lück (1994, p.62):

"a interdisciplinariedade corresponde a uma nova consciência num ato de reciprocidade e integração entre áreas diferentes de conhecimento" (LÜCK, 1994, p.62).

Outro item que merece ser destacado é o que se refere ao tratamento e acompanhamento do alcoolismo.

"Esta etapa deve ser iniciada, logo após a adesão do empregado ao Programa (assinatura do contrato terapêutico), através do encaminhamento desse para o tratamento que for mais adequado aos seus problemas" (MÓDULO 39,1993, CAPÍTULO 2, p. 03).

Estamos de acordo com os itens relatados, mas sabemos que muitas vezes os chefes não encaminham os funcionários ao Serviço Social enquanto os

mesmos estão apresentando os primeiros sintomas da doença .

Sentimos essa dificuldade no momento em que realizamos o Programa Plantão num dos setores da empresa, onde em conversa com o chefe o mesmo teve a seguinte atitude no momento que perguntamos se tinha identificado algum caso de alcoolismo.

E ele respondeu: *"O "F" não precisa ir ao grupo ainda, pois não apresentou nenhum problema grave, quando for necessário encaminharemos ao Serviço Social"*.

Esta afirmação se agrava pela falta de compromisso ético deste profissional com a Empresa, com a saída do funcionário e com a falta de parceria em desenvolver um trabalho com o próprio Serviço Social.

À medida em que as chefias não encaminham seus funcionários para tratamento no início do problema, daqui há 10 anos seguramente estes mesmos funcionários se tornarão alcoolistas inveterados e acarretarão problemas ao setor de trabalho, que poderiam ser evitados se este funcionário tivesse sido encaminhado no início da doença.

Apesar de todas as campanhas, divulgações realizadas pelo Serviço Social ao longo desse tempo, a sensibilização por parte das chefias encontra-se um tanto fragilizada.

Item que deve ser tratado com atenção pelo Serviço Social e quem sabe reforçar com novas estratégias de atuação neste setor.

O encaminhamento ao Serviço Social se dava em decorrência dos indicadores de baixa produtividade - que precisava ser resolvido para que o funcionário voltasse a produzir normalmente - e não por causa do alcoolismo exatamente. O quadro funcional é um aspecto que deve ser levado em consideração já que na ECT encontra-se reduzido. Isso leva os chefes a evitar, a qualquer custo, a saída de funcionários no horário de trabalho, principalmente na área operacional, onde um trabalho depende exclusivamente do outro, dificultando uma vez o processo da efetividade do programa de alcoolismo.

O Capítulo 3 do Módulo se refere às condições básicas para implantação e manutenção do programa 39, como podemos observar:

“- Formação da equipe profissional e definição de atribuições, bem como comprometimento para atuar no Programa;

- Sensibilização dos profissionais da área médica e odontológica, de segurança do trabalho e CIPA*, tendo em vista o envolvimento e comprometimento dos mesmos na execução do Programa, a nível preventivo e ou curativo;

- Assessoria técnica permanente, através de entidades / profissionais externos habilitados, visando o treinamento da equipe interna e acompanhamento do trabalho” (MÓDULO 39, 1993, CAPÍTULO 3, p.01).

No que pudemos vivenciar enquanto estagiária dos Correios estes itens abordados acima não são cumpridos na sua essência. Acreditamos que deveriam ser repensados pelos profissionais envolvidos na área concomitante

com a Gerência de Recursos Humanos para que reescrevessem estas propostas de acordo com suas possibilidades de atuação ou as cumprissem de forma integral.

Continuando a reflexão sobre o Módulo 39, verificamos a seguir a pontuação do último parágrafo

"a observância de tais condições, bem como a coordenação técnica do Programa na Regional é de responsabilidade exclusiva do Serviço Social" (MÓDULO 39, 1993, CAPÍTULO 3, p.1).

Pelo que podemos compreender deste parágrafo, caberia ao Assistente Social ser um articulador dos itens apontados acima, bem como, coordenar este Programa a Nível Regional no caso Santa Catarina. Porém há de se tomar alguns cuidados no interpretar esta frase, para não atribuir ao Assistente Social a total responsabilidade por todos dos procedimentos deste programa. Se assim fosse, viria contradizer-se no que se refere a uma equipe interdisciplinar, onde pode haver um coordenador mas todos devem, garantir seus conhecimentos frente a temática apresentada e contribuir para o alcance de um ou de alguns objetivos traçados pelo Programa estabelecido pela Empresa.

Por fim, entendemos que a proposta do Programa é interessante, porém para que possa se tornar efetiva, deve haver uma série de reflexões críticas frente ao Módulo 39 no que refere a efetividade do mesmo e também um compromisso maior da empresa da área de Recurso Humanos e, até mesmo, do

próprio Serviço Social em revê-lo e torná-lo concreto diante da realidade apresentada no âmbito dos Correios.

2.2 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS

No que se refere ao Programa de Prevenção e alcoolismo e outras drogas iremos pontuar neste item o trajeto histórico percorrido na Diretoria Regional de Santa Catarina. Pelo que pudemos compreender nos estudos realizados, surge nos anos de 91 e 92, com a atuação da estagiária Silvana Régis que priorizou a sua prática de estágio a questão do alcoolismo e veio contribuir para o desmembramento do Módulo 39 já visto por nós no item anterior.

Num primeiro momento, a mesma realizou leituras relacionadas a essa questão, participou de grupos de estudo juntamente com profissionais da área de saúde, psicologia e serviço social, além da presença de ex-alcoolistas.

Como complemento de seus conhecimentos, freqüentou algumas reuniões da Associação dos Alcoólicos Anônimos e visitou às instituições que trabalham este problema.

Os casos identificados durante seu período de estágio foram através do Programa de Plantão, outros via chefias, Serviço Médico e Psicólogo e outros casos o próprio empregado doente procurava auxílio no Serviço Social. Sendo

identificado, dependendo da sua gravidade, ele era ou não encaminhado a um tratamento hospitalar.

No período em que encontrava-se internado, eram feitas visitas ao hospital, periodicamente. A família também era acompanhada nesse período, a fim de orientá-la e apoiá-la nesta fase de recuperação, bem como para mostrar-lhes a importância do envolvimento familiar e dos amigos, para que este obtivesse um bom resultado.

Após o período de internação (aproximadamente 30 dias), solicitava-se a presença do empregado no Serviço Social, onde era feito uma avaliação do seu estado de saúde, juntamente com o médico do trabalho com o intuito de se dar continuidade ao tratamento e acompanhamento.

O trabalho dentro da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos deu-se com a formação de um grupo composto, inicialmente, por três participantes (ex-alcoolistas em recuperação) e, posteriormente esse número cresceu para cinco participantes. O objetivo proposto ao grupo era de capacitar os envolvidos para experienciarem uma vida sem o álcool.

Foi elaborado um termo de compromisso para as chefias, os empregados e para o Serviço Social, pois assim as reuniões iriam obter um resultado favorável.

O termo de compromisso assinado pelas chefias, previa a responsabilidade destas no sentido de:

- *incentivar o empregado ao tratamento do alcoolismo;*
- *apoiar a capacitação do empregado nas atividades que dizem respeito à recuperação do alcoolista (desde que não interfira diretamente nas suas atividades);*
- *liberação quinzenalmente, de duas horas da carga horária de trabalho para o empregado participar de reuniões do grupo de alcoolismo.*

Aos empregados, segundo o termo de compromisso, cabe os seguintes critérios de responsabilidade:

- *comprometer-se em dar continuidade ao tratamento;*
- *participar das reuniões;*
- *ter pontualidade;*
- *ter honestidade;*
- *ter autoconfiança;*
- *estar abstinência.*

O termo de compromisso destinado ao Serviço Social enfatizou as seguintes questões:

- *trabalho em conjunto com a chefia e o empregado;*
- *propiciar à chefia e ao empregado a conscientização da doença Alcoolismo e da importância do tratamento;*
- *permitir um espaço na Empresa para o tratamento;*
- *orientar os familiares dos empregados alcoolistas, para participarem no processo de recuperação do doente;*
- *visar a manutenção do tratamento;*
- *orientar e informar o doente sobre a questão da recaída;*
- *estimular o empregado alcoolista a reformular sua motivação para a vida, ao reconhecer que o alcoolismo é uma doença e que tem danos causados pelo álcool;*
- *incentivar o empregado alcoolista a reencontrar uma nova razão para viver.*

As primeiras reuniões tiveram como objetivo o de proporcionar aos empregados uma maior conscientização a respeito da doença do alcoolismo.

Foram utilizadas as seguintes estratégias: fitas de vídeo, slides, dinâmicas de grupo, com a colaboração do psicólogo da DR/SC. Tiveram a colaboração dos ex-alcoolistas de outras empresas, com o intuito de estarem enfatizando o problema recaída, como também refletiam a questão que envolve o período de recuperação.

O trabalho do grupo era bem dinâmico onde podemos constatar que não era só a estagiária que falava, mas também o grupo.

Nas reuniões a mesma reservava um espaço para que o grupo tivesse oportunidade de colocar seus anseios e necessidades, sendo finalizadas por reflexões de texto, voltado para questões existenciais.

É muito importante essa forma de atividade, pois através dos depoimentos o grupo troca suas idéias, experiências e assim auxilia no trabalho de grupo.

Foi também enfatizado nas reuniões a questão da melhoria de vida com a abstenção do álcool.

A estagiária procurou também trabalhar a questão da auto-ajuda através de textos e contribuições da Associação dos Alcoólicos Anônimos. Foi proposto ao grupo a necessidade de estarem traçando metas e proposta de objetivos de vida para serem alcançados, depoimento de um ex-alcoolista; sendo esta uma forma de estarem trocando experiência.

Durante o período de intervalo das reuniões, a estagiária procurava sempre estar em contato com o grupo, sendo esta uma forma de estar apoiando os mesmos nessa caminhada e motivando-os na questão da resistência a uma possível recaída.

Paralelo a esses encontros, foram realizadas duas reuniões com as esposas dos alcoolistas em recuperação mostrarem o quanto é importante a participação da família nesse processo. Pelo fato da mesma também ser atingida, necessitando de um amparo para saber enfrentar o período de recuperação.

Foi avaliado que era importante estarem se reunindo mais vezes, mas não foi possível tendo em vista a dificuldade de reuni-los num mesmo horário e data, voltando ao atendimento de forma individualizada.

Como sabemos, o problema também estava afetando o interior do Estado e assim era solicitada a presença dos mesmos à sede do Serviço Social na DR/SC, onde era feito um atendimento individual, a fim de promover mesmos uma maior conscientização da doença através de um álbum seriado no qual constavam as diversas causas e conseqüências do alcoolismo. Os casos que era necessário um tratamento especializado encaminhava-se aos recursos existentes na sua comunidade.

Os casos do interior do Estado não foram possíveis de ser trabalhados com uma maior aproximação, sendo feito um contato através de

correspondências, procurou-se trabalhar com os aspectos referentes à doença proveniente do uso abusivo do álcool, como também o envio de um manual elaborado pela estagiária o qual tinha como objetivo esclarecer e informar, ainda mais, o empregado sobre o assunto em questão e assim permitir um melhor esclarecimento a respeito da doença.

No período no qual a estagiária desenvolveu seu trabalho constatamos através de registros, que houve apenas um caso de recaída, onde o membro do grupo foi encaminhado ao CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), tendo sido realizado um tratamento ambulatorial e terapêutico, não sendo necessário um internamento.

No final de cada semestre, era realizada uma avaliação das reuniões, tendo como critérios: participação, conscientização e desenvolvimento. Além de um relatório solicitado ao grupo para reavaliarem com maior clareza todo o trabalho.

Lendo os relatos de alguns participantes podemos perceber o quanto é importante o trabalho do grupo, pois sentimos que os mesmos vão trazendo em suas falas as suas necessidades que deveriam ser trabalhadas. Um exemplo é a fala de um dos participantes:

"Inicialmente, eu via como se fosse um tribunal, passei para a defensiva no início, não só eu como os demais membros, qualquer coisa que havia a palavra álcool, relacionado com os demais empregados da E.C.T. Foram meses de revolta eu estava me adaptando a uma sociedade de não consumidor" (IN – TCC: REGIS, 1993, p.54).

Podemos perceber que esse participante do grupo se sentia como se fosse um criminoso e as pessoas ao seu lado sempre estavam julgando, discriminando, fazendo com que sua recuperação fosse prejudicada, mas a partir do momento em que começou a participar das reuniões do grupo, sua percepção foi se modificando. E assim, percebeu que elas queriam apenas ajudar tentando mostrar uma saída para sua recuperação.

Sabemos que no início o alcoolista não aceita sua dependência ao álcool, sempre desconfia das pessoas que tentam ajudar e em muitos casos se isola de todas as pessoas que não são alcoolistas.

Nos atendimentos aos familiares como na realização do Programa Plantão, foi constatado que ainda não existia um certo compromisso com a questão, pois no momento que era exposto o tema partiam das pessoas algumas brincadeiras. Apesar de todo o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, o número de desinformação por parte dos funcionários da Empresa como a discriminação em relação ao empregado doente estava muito forte.

Foi realizada uma pesquisa pelo próprio Serviço Social no âmbito da empresa onde as questões coletadas contribuíram para estarem aperfeiçoar o processo de intervenção, no que se referia respeito à Prevenção e Tratamento do Alcoolismo na E.C.T., despertando um interesse de estar realizando um Seminário que estaria atingindo as chefias da área operacional e administrativa.

Com a pesquisa, foi observado que tanto os chefes como os funcionários da área administrativa apresentavam um perfil, quase idêntico diante da questão alcoolismo. Existia uma grande desinformação sobre o assunto.

O Setor de Serviço Social e Benefícios da DR/SC realizou um Seminário tendo este o objetivo de esclarecer e conscientizar as chefias sobre a problemática do alcoolismo.

O mesmo foi direcionado às chefias da área operacional e posteriormente, às chefias da área administrativa a qual se encontrava em estudo.

Na avaliação final do encontro, constatamos que o Seminário obteve bons resultados, pois contribuiu com novas informações tanto à nível profissional como pessoal. Os relatos de ex-alcoolistas possibilitou uma maior conscientização dos participantes, e resultou também numa mudança quanto à conceituação sobre alcoolismo.

Percebemos o quanto foi importante o trabalho desenvolvido pela estagiária Silvana Régis junto ao Programa, pelo fato de ter conseguido atingir seus objetivos dentre eles o de conscientizar o corpo funcional da Empresa, com relação à doença. Mesmo sabendo que existia dentro da Empresa um nível de desinformação grande em relação a questão do alcoolismo, persistiu e ampliou os horizontes deste trabalho.

Em conversa com alguns funcionários como também membros do grupo de alcoolismo o qual a estagiária coordenava, obtivemos boas informações tanto da mesma como dos encontros, dentre eles relatamos um depoimento de um funcionário: *"a Silvana Régis fez um trabalho muito bom com o grupo, os mesmos respeitavam ela e sempre procuravam participar de suas reuniões (depoimento de um funcionário)"*

Em 93 houve a saída da estagiária que coordenava o trabalho – Silvana Régis, sendo prosseguido pela Assistente Social Vera Lúcia Coelho e pela estagiária Ana Claudia de Moraes. Continuaram realizando reuniões quinzenais e elaboraram um seminário no interior da Empresa. Por problemas alheios envolvendo a equipe técnica, houve uma ruptura deste processo onde os casos passaram a ser tratados individualmente novamente – um retrocesso.

Somente 1995 com a contratação de uma Segunda Assistente Social DR/SC – Vitória Encarnação Frankistein, o programa teve continuidade quando ela retoma os casos de alcoolismo tanto da sede de Florianópolis como do interior do Estado. O programa reascendeu, pois a mesma procurou levantar o número de casos e atendê-los junto com seus familiares.

Fazendo um gancho com o item anterior cabe relatar agora a nossa experiência de estágio realizada nos Correios, no período de fevereiro 96 a agosto 97, que é a continuação da experiência iniciada por Silvana Régis (estagiária) e Vera Lúcia Coelho (Assistente Social).

O estágio Supervisionado em Serviço Social na ECT, foi um verdadeiro desafio por nós, pelas dificuldades que possibilitou um olhar além do aparente. Uma das condições que fez com que o estágio fosse importante no aprendizado. A nossa atuação no campo de estágio esteve particularmente mais próxima ao acompanhamento do Programa de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas, problema este constatado em todos os níveis hierárquicos da empresa, tanto no interior do Estado, como na sede, em Florianópolis.

A questão do alcoolismo reflete no convívio social, familiar e no trabalho do indivíduo. Nos dirigindo ao âmbito do trabalho especificamente as faltas constantes, acidentes no local de trabalho, a queda da produção e qualidade de seu serviço, perda de tempo numa mesma atividade, como também um comportamento apático e agressivo resultando num mau relacionamento com seus colegas e chefias. São questões pertinentes que pontuam a necessidade da realização de um programa de alcoolismo na Empresa. Embora saibamos que raramente o indivíduo apresenta-se alcoolizado na empresa - no caso da ECT, onde normalmente não manifesta explicitamente o uso do álcool. Se ele ingerir álcool no dia anterior seu organismo não deu conta de metabolizar, com certeza seu organismo está comprometido e propenso a acidentes e até mesmo a diminuição do seu rendimento que comprometerá o trabalho de toda unidade. Convém salientar que mesmo que seu fígado tenha metabolizado, há um acúmulo de acetal déuto o qual reage por mais ou menos 24 h, onde o psiquismo está propenso a depressão.

No caso da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – E.C.T., os casos de alcoolismo são constatados por meio do Programa de Plantão na Área Operacional, tendo como objetivo a aproximação entre Serviço Social e funcionários, a fim de trabalhar as situações sociais, os problemas; alguns encaminhados pelas chefias, outros casos encaminhados pelo Serviço Médico ou Psicólogo, pela família e também quando o próprio funcionário procura auxílio.

O interesse pelo assunto nos levou a leitura de livros, participação em palestras, cursos, visita à instituições, como também leitura dos relatórios do Programa, o que não estava sendo desenvolvido integralmente ficando a atuação do Serviço Social restrito a acompanhamentos e encaminhamentos aos recursos da comunidade.

O número de inscritos no Programa no período anterior a nossa atuação era de 5 funcionários, sendo do interior do estado e também da Sede de Florianópolis.

Após o período de leitura, nos reunimos (Estagiária e a Assistente Social Vitória Encarnação Frankestein) para discutirmos a melhor forma de atuação.

O Programa passou a ter 17 integrantes e a Assistente Social juntamente com a estagiária começaram a se reunir com o grupo quinzenalmente.

Assim, passamos a elaborar uma proposta de trabalho para o Grupo o qual demos o nome de “GRUPO DE SENSIBILIZAÇÃO”, sendo que esse

nome foi sugerido pela Assistente Social Vitória Encarnação F., e aceito pelo grupo.

A cada reunião procuramos encaminhar aos chefes uma C.I. (Circular Interna), solicitando a liberação dos funcionários inscritos no programa, e o calendário de todas as reuniões com o respectivo local onde estaríamos nos reunindo a fim de estreitar os vínculos para desenvolvermos posteriormente um trabalho de parceria com confiança.

A primeira reunião foi no dia 28 de maio de 1996 nossos objetivos eram: apresentar a nova estagiária do Serviço Social que estaria acompanhando o grupo juntamente com a Assistente Social Vitória Encarnação F., como também repassar para todos a proposta de trabalho, além de dar oportunidade de a cada um se apresentar e colocar suas dúvidas e sugestões em relação ao trabalho, horário das reuniões e o local onde estaríamos nos reunindo.

Em nossos encontros utilizamos como suporte didático: textos, slides, vídeos, palestras referentes a temática com posterior reflexão do grupo, além de realizarmos visitas à instituição de tratamento.

Para enriquecer este trabalho, registramos algumas falas de membros do Grupo que com o intuito de revelar a importância que atribuímos ao mesmo:

Meu nome é "A", comecei a beber ainda muito cedo, com mais ou menos 18 anos.

Como todos os jovens comecei em festinhas, porém as doses foram aumentando gradativamente, ao ponto de levar-me a dependência, até então, não admitia ser um alcoólatra, pois quando era abordado por alguém que

viesse falar-me algo em relação ao álcool, em hipótese alguma admitia, negava sempre a realidade, que a mim fosse desagradável, dizendo sempre, "eu não sou alcoólatra", bebo com o meu dinheiro, a hora que tenho vontade e paro quando eu quiser. Mas a coisa não era bem assim, agora eu entendo, meu alcoolismo foi progredindo de tal maneira, que não tive mais controle..."

"Meu nome é "V" há muito tempo fui dependente do álcool o qual me levou a muitas situações ruins tanto a minha familiar, como profissional. Mas faz cinco anos que deixei a bebida. Moro com minha esposa e meus filhos numa mesma casa, mas não temos nenhum contato. Nesse momento só quero saber de trabalhar e dar continuidade na minha vida".

Nesse primeiro contato com o grupo, podemos constatar que os casos em sua maioria já haviam participado do trabalho desenvolvido pela anterior estagiária Silvana Régis.

Verificamos que alguns tinham se recuperado e outros tiveram várias recaídas, como também percebemos que o uso da droga é provocado por problemas sociais / familiares e profissionais, utilizando a droga como uma forma de estarem fugindo de seus problemas.

Finalizamos esse primeiro encontro com a aprovação do grupo em nos reunirmos de 15 em 15 dia como foi proposto, desde que caísse sempre nas segundas-feira à tarde, pois não estaria prejudicando o serviço. A respeito do local onde estaríamos nos reunindo teria que ser fora do ambiente da empresa, para que não fossem discriminados pelos seus colegas por estarem participando das reuniões.

Sabemos que ainda hoje mesmo havendo uma maior divulgação à respeito da questão do alcoolismo, o preconceito e o tabu não terminaram; tanto dentro da empresa sendo constatado em todas as áreas que o indivíduo integra. No trabalho o caso torna-se mais grave, pelo fato da influência da cultura dicotomizante que fragmenta e rotula o indivíduo a partir de seu comportamento.

O grupo assinou um contrato terapêutico, como forma de estarem se comprometendo a participar das reuniões.

A Assistente Social Vitória Encarnação Frankestein solicitou que o grupo assinasse o contrato terapêutico, como forma de estarem se comprometendo a participar das reuniões, o grupo assinou criando vínculos efetivos com o trabalho.

Colocamos ao grupo a importância de estarmos trabalhando também com a família, tendo em vista que ela também é prejudicada e por isso a mesma tem que ser acompanhada. Sendo assim, propomos que os mesmos convidassem suas esposas ou um membro de sua família a participar das reuniões.

A proposta não vingou pela dificuldade de coincidir horário e datas pelo fato das esposas trabalharem fora.

Procuramos trabalhar a conscientização do grupo, sua melhoria de vida, decorrente da abstenção do álcool, tivemos o reforço de um integrante do grupo com seu depoimento.

***“Minha vida modificou desde o momento que resolvi deixar a bebida. Faz cinco anos que estou abstinente”
(depoimento de um dos membros do grupo).***

Em relação a esta incentivação a uma qualidade de vida, partimos do pré suposto que o grupo poderia construir juntos uma reflexão sobre esta vivência. Nos baseamos em Rodrigues (1955, p.107) quando ele enfatiza que a "Qualidade de Vida tem sido uma preocupação de homem desde o início de sua existência. Com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa".

Como também procuramos deixar claro a importância da auto - ajuda e de estar traçando metas e novos objetivos de vida. Uma forma de estarmos apoiando e estimulando os mesmos a valorizar os seus progressos e conquistas. Isto é particularmente importante neste tipo de tratamento, pois sua auto – estima em geral está baixa.

Durante os intervalos das reuniões procuramos entrar em contato com os mesmos no local de trabalho como uma forma de motivá-los a resistirem a uma possível recaída.

A proposta de trazer os funcionários do interior do Estado não foi possível. Mesmo assim, não deixamos os mesmos desvinculados do Programa, procurando sempre entrar em contato através de atendimentos individuais a fim de promover uma maior conscientização à respeito da doença alcoolismo. E se

fosse necessário, encaminhá-los aos recursos da comunidade (grupo de mútua ajuda, internação em clínicas especializadas).

O grupo foi se fragilizando no decorrer do processo por alguns motivos: falta de interesse de alguns e dificuldade de compreensão das chefias da importância do mesmo, dificultando a saída dos integrantes do grupo do trabalho. Além da saída da Assistente Social Vitória Encarnação Frankestein no início de 97.

O programa teve um retrocesso voltando ao atendimento individual.

Nos preocupamos ainda em elaborar um informativo no qual encaminhamos a todos os funcionários inscritos no programa, como uma forma de estarmos levando nosso apoio e informações importantes para sua vida.

Nesse período tivemos bons resultados nos casos, sendo que apenas um membro do grupo teve recaída.

O programa reiniciou no final de 97 com a contratação da Assistente Social - Adriana Z. Wilbert em conjunto com o Psicólogo da empresa João Batista Senaglia que ampliaram a dinâmica do processo.

2.3 REPOSICIONAMENTO - UMA NOVA LINHA DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA ECT

Frente a atual conjuntura neoliberal globalizada os Correios, vem se adaptando a nova dinâmica do mundo do trabalho que envolve: competitividade, lucratividade e qualidade de serviços.

Esse momento traduz hoje as diretrizes básicas da Diretoria de Recursos Humanos da ECT, possibilitando, com isto, que a área de Serviço Social compreenda os desafios como oportunidade de transformação e crescimento e assim entender melhor a reestruturação organizacional proposta pela empresa, que também envolve um reposicionamento para o Serviço Social..

Vale salientar que:

" O reposicionamento do Serviço Social, em sintonia com a política de Recursos Humanos da Empresa, propões fundamentalmente uma mudança filosófica e de cultura que implica no resgate de princípios e valores humanos, pautados na crença do potencial interno de cada indivíduo, e na responsabilidade pelo seu auto-desenvolvimento. Para os Assistentes Sociais representa a valorização de seu trabalho, uma vez que deverão ser compreendidos não apenas como meros solucionadores de problemas, mas como profissionais capazes de contribuir de forma efetiva para a valorização do ser humano na Empresa. (CORREIOS HOJ. 1997, p. 16 - 19.)

Desta forma o Serviço Social busca adequar suas ações à realidade dos funcionários da Empresa, respeitando cada momento específico, repensando sua prática, com o intuito de engajar-se no atual contexto e ampliar sua competência técnico-operativa. Deu-se início com um Encontro Regional no

mês de agosto de 1996 no Rio de Janeiro, contando com a participação das equipes de Assistentes Sociais e uma assessoria externa com o objetivo de elaborar novas diretrizes de trabalho, deu-se início ao processo de reposicionamento do Serviço Social a nível nacional..

Nesta nova proposta, o Assistente Social deixa de atuar sozinho frente as demandas institucionais, repassando para algumas chefias a responsabilidade de atuarem com vistas a darem soluções a pequenos problemas que podem ser solucionados no setor em que se encontram, permitindo e proporcionando ao profissional de Serviço Social uma maior centralidade de intervenção social nas demandas que realmente são de responsabilidade do Serviço Social. Possibilitando, com isto, a mudança (transformação) da imagem do Serviço Social dentro da história na Empresa a qual era vista como uma área voltada para a resolução de problemas e atendimento à situações emergenciais. Passando de uma atuação que reforçava a questão da dependência para uma atuação a qual possibilita o desenvolvimento social das pessoas.

Dentro dessa nova postura, o Serviço Social atuará como consultor interno junto aos gestores, orientando-os para dar conta de questões sociais dos funcionários que possam surgir nas unidades de trabalho e assessorando-os na resolução das mesmas quando possível. E assim, fazer com que não seja encaminhado ao Serviço Social o colaborador (funcionário) com um problema que o próprio gestor (chefe) poderia estar resolvendo sendo atribuído ao gestor

(chefe), maior autonomia para o trato das questões relativas ao seu grupo de trabalho.

O Serviço Social passa a ter uma atuação centralizada no que diz respeito as atribuições da profissão: elaboração de pareceres, estudo de caso, organização de visitas, etc. e assim ter um desempenho bem mais efetivo nas causas sociais.

Serão mantidos os Programas Sociais de abrangência nacional, como por exemplo o Programa de Prevenção a DST – AIDS, Dependência Química e Alcool, Preparação para Aposentadoria e outros, sendo que seus nomes serão alterados. Ampliando com isto, os focos de atuação e inovando as ações.

Em relação aos Programas desenvolvidos nas Regionais, estes devem buscar a melhoria contínua da qualidade de vida e do trabalhos dos colaboradores. Extrapolando as relações de trabalho, contribuindo não só para os resultados da Empresa, mas também na vida do colaborador, de uma forma geral. Os Programa desenvolvidos nas Regionais estão relacionados à saúde, ao desenvolvimento pessoal e social do trabalhador e de sua família, ao clima organizacional, ao adolescente trabalhador, além de preparação de multiplicadores para a gestão social e da cidadania.

Dentro dessa nova mudança alguns programas foram agrupados, como por exemplo o de dependência química e AIDS. Passando agora ser chamado de Valorizando a Vida – tendo como objetivo primordial a prevenção e o

acompanhamento dos casos de dependência química e Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS e de Drogas.

Vida Nova: um programa de estímulo constante para que o colaborador estabeleça o seu projeto de vida, com a participação de sua família e da comunidade. O Vida Nova também acompanha o empregado que está em fase de aposentadoria, para uma transição tranqüila e saudável.

Educando para o Futuro: a preocupação do Serviço Social não se limita aos Correios. Este programa oferece oportunidades de desenvolvimento sócio - educativo aos adolescentes no trabalho e na sociedade.

Qualidade de Vida: este programa é voltado a ações diretamente ligadas à qualidade de vida do empregado em seu trabalho, como saúde ocupacional.

No caso do programa Valorizando a Vida, com relação a prevenção e tratamento de drogas, atualmente esta sendo estudado e reavaliado de maneira a respeitar os usuários de drogas como cidadãos, que possuem uma doença que precisa de tratamento. O objetivo maior é trabalhar a auto - estima e o amor próprio, possibilitando uma compreensão melhor do seu quadro de saúde e assim tomar consciência de uma mudança.

Para este programa formou-se um grupo que encontra-se quinzenalmente onde procura evidenciar o papel de cada um no processo de resgate enquanto cidadão, além de encaminhamentos médicos quando necessário.

O programa continua o processo de amadurecimento onde os técnicos responsáveis: Assistente Social e o Psicólogo, estão estudando as melhores formas de abordagem, fazendo também pesquisas com programas de outras empresas.

Acreditamos que toda a nova postura de reposicionamento do Serviço Social vem acompanhando as alterações da própria conjuntura e de solidificação da profissão no âmbito da Empresa. Com esta nova perspectiva o Programa foi reestruturado de seguinte maneira:

- formação de um grupo de mutua ajuda quinzenal;
- abordagem com chefias e colegas do trabalho sobre o que é a doença e como ela interfere em nossas vidas;
- evidência do papel de cada um neste processo de resgate da cidadania do alcoolista e a criação de um grupo mensal com os familiares, além de encaminhamentos médicos e aos recursos da comunidade quando necessário.

2.4 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Com a presente pesquisa exploratória, a qual configura-se como experiência da Cadeira de Estágio Supervisionado II, para a conclusão dessa etapa e visa proporcionar também um significativo aporte de conhecimento à

cerca da leitura trabalhada na realização do mesmo, além de abarcar o aprendizado vivenciado no campo de estágio.

A preocupação em estudar este tema surgiu quando ao termino do estágio supervisionado III presenciávamos a grande procura e atendimento do Serviço Social do casos de alcoolismo de forma individualizada.

Objetivando conhecer de perto a realidade da problemática do alcoolismo dentro da Empresa, realizamos uma pesquisa utilizando como instrumento de coleta de dados, um questionário que teve perguntas fechadas e uma pergunta aberta (vide questionário em anexo), dando oportunidade de cada um expor suas sugestões.

Direcionamos o questionário aos funcionários da Agência Central dos Correios de Florianópolis dividindo em três níveis hierárquicos: chefias, funcionários e técnicos (dentista/médico e enfermeiro). Tornava-se inviável a aplicação do questionário em toda a Diretoria Regional, devido ao número de funcionários, que totalizava-se no período no qual aplicamos o questionário em 2.152 (dois mil cento e cinquenta e dois) funcionários efetivos na Empresa. E também pela facilidade de acesso, sendo este o local onde realizamos nosso estágio.

A realização da aplicação do questionário se concretizou mediante permissão dos chefes de cada setor, explicando o objetivo do trabalho. Para tanto, tivemos apoio da Diretoria Regional. Feito isso, fomos ao Departamento

Pessoal, onde podíamos ter uma visão concreta do número de funcionários na Agência Central, possuindo um universo de 124 funcionários no momento que estávamos encaminhando os questionários.

Sendo estes: 20 chefias, 4 técnicos e 100 funcionários. Dentro deste universo, aplicamos o questionário com 40% dos funcionários, dividindo-se em: 20 chefias, 20 funcionários e 4 técnicos.

Feito esta divisão, entramos em contato com todas as pessoas que escolhemos de forma aleatoria e, nos colocamos à disposição para eventuais perguntas.

Ressaltamos que todos os níveis hierárquicos receberam questionários iguais e que foram analisados os questionários entregues de 10 chefias, 3 técnicos e 20 funcionários.

Devido a obtenção dos diversos tipos de opiniões em diferentes níveis hierárquicos, atingindo assim, uma visão mais ampla sobre o porquê do aumento do número de casos de alcoolismo, a visão que cada nível hierárquico deste tem, em relação a um alcoolista, foi o motivo pelo qual escolhemos fazer a divisão deste questionário.

Através do conhecimento da realidade pesquisada, teremos dados necessários para a elaboração de um Projeto de Intervenção a respeito de Tratamento do Alcoolismo na Empresa.

A coleta de dados, foi devidamente tabuladas pos dados e analisados, podendo assim identificar o conhecimento dos funcionários acerca do número de casos de alcoolismo e também conhecer sua postura diante de um alcoolista.

Passaremos para a análise das resposta obtidas com o questionário:

Questão 1- Na primeira questão, tentamos saber se possuíam algum conhecimento dos casos de alcoolismo na Empresa. Vejamos as respostas:

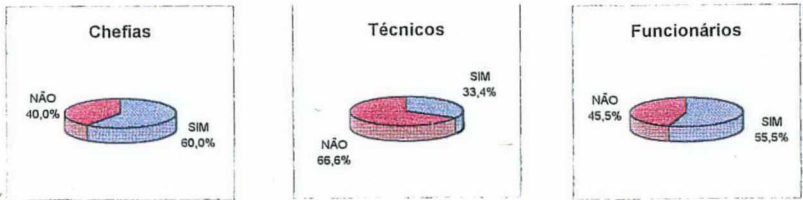
Funcionários – 55,5%

Chefias – 60%

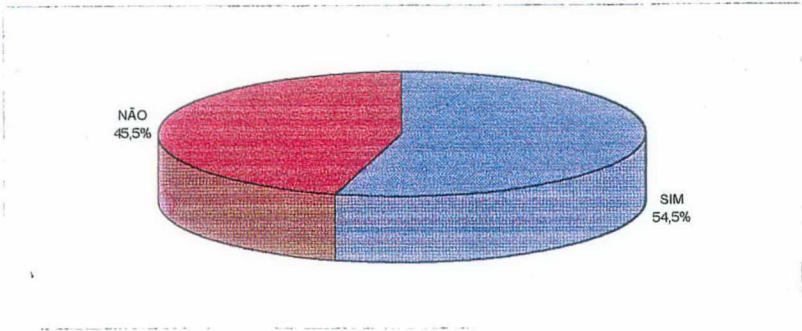
Técnicos – 33,4%

CONHECEM CASO DE ALCOOLISMO NA EMPRESA

ENTREVISTADOS	Nº ENTRV.	SIM	%	NÃO	%
CHEFIAS	10	6	60,0	4	40,0
TÉCNICOS	3	1	33,4	2	66,6
FUNCIONÁRIOS	20	11	55,5	9	45,5
TOTAL	33	18		15	
MÉDIA PERCENTUAL		54,5		45,5	



MÉDIA PERCENTUAL (TOTAL)



Em linhas gerais as categorias funcionários com 55,5%, chefias com 60% com relação ao conhecimento dos casos de alcoolismo possuem a mesma opinião identificando o problema na Empresa. Já os técnicos com 33,4% demonstram o desconhecimento do caso.

Acredita-se que esta relação ocorre devido estas categorias de empregados possuírem opiniões diversas a respeito do que seja um alcoolista ou por existir uma distância entre os mesmos .

O alcoolismo sendo considerado uma doença progressiva, crônica e fatal, que evolui gradativamente e o questionamento feito é que devido a esta realidade há um distanciamento das chefias ao problema talvez por desconhecerem o que seja a doença para poder detectar.

Questão 2 - Na Segunda questão, procuramos saber se achavam que o número de casos de alcoolismo tinha aumentado no últimos ano, na Empresa.

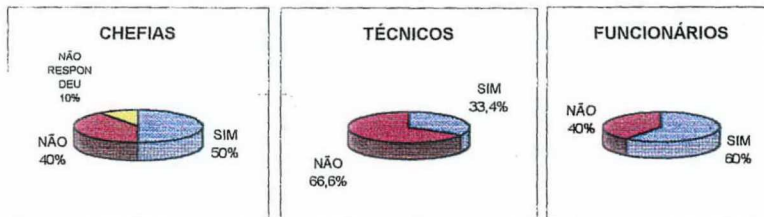
Funcionários – 60%

Chefias – 50%

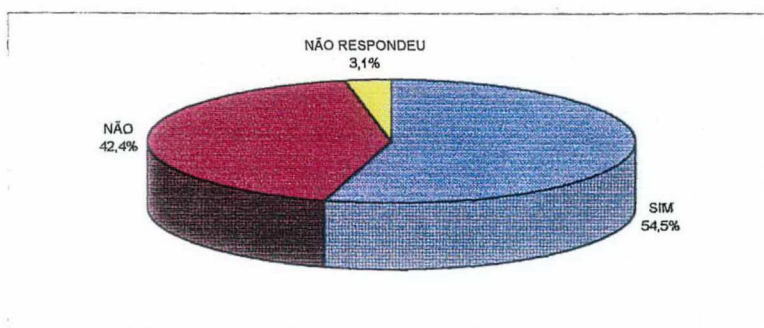
Técnicos – 33,4%

AUMENTO DO N DE CASIS DE ALCOOLISMO NA EMPRESA

ENTREVISTADOS	Nº DE ENTREVISTADOS	SIM	%	NAO	%	NAO RESPONDEU	%
CHEFIAS	10	5	50,0	4	40,0	1	10,0
TÉCNICOS	3	1	33,4	2	66,6		
FUNCIONÁRIOS	20	12	60,0	8	40,0		
TOTAL	33	18	54,5	14	42,4	1	3,1



MÉDIA PERCENTUAL (TOTAL)



Percebemos em relação ao aumento do número de casos de alcoolismo apenas 50% das chefias reconhecem que aumentou mas os mesmos acham que o caso está estático sendo de suma importância o conhecimento deles sobre o assunto.

Outro dado interessante é o fato de apenas 33,4% dos técnicos perceberem o aumento dos casos, talvez por desconhcerem a realidade da Empresa ou por não terem contato com os alcoolistas. Já 60% dos funcionários tem consciência do aumento dos casos.

Questão 3 - Na terceira questão, perguntamos se em caso afirmativo, porque achavam que aumentaram os casos.

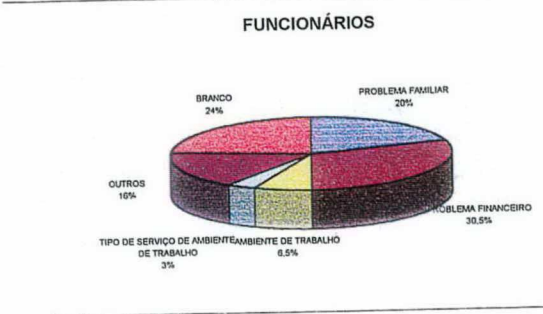
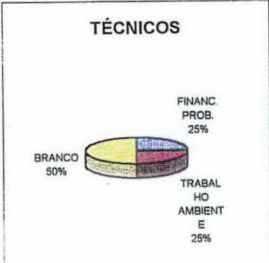
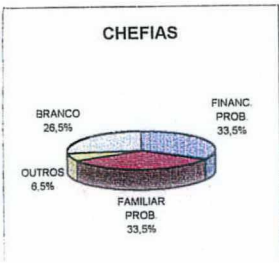
- Funcionários –
- 1- problemas financeiros – 30,5%
 - 2- problemas familiares – 20,5%

- Chefias –
- 1- problemas financeiros – 33,5%
 - 2- problemas familiares – 33,5%

- Técnicos –
- 1- problemas financeiros – 25%
 - 2- ambiente de trabalho – 25%
- Questão em branco – 26,5%

CAUSAS DO AUMENTO DE CASOS DE ALCOOLISMO NA ECT-CENTRAL.

ENTREVISTADOS	Nº ENTREVIS.	INFLUÊNCIA PROGRAMA	%	PROB. FINANC.	%	PROB. FAMILIAR	%	AMBIENTE TRABALHO	%	TIPO SERV. AMB. TRAB.	%	OUTROS	%	BRANCO	%
CHEFIAS	10	0	0	5	33,5	5	33,5	0	0	0	0	1	6,5	4	26,5
TÉCNICOS	3	0	0	1	25	0	0	1	25,0	0	0	0	0	2	50,0
FUNCIONÁRIO	20	0	0	9	30,5	6	20,0	2	6,5	1	3,0	5	16,0	7	24,0
TOTAL	33	0	0	15	30,6	13	22,4	3	6,1	1	2,2	6	12,2	13	26,5



Através do gráfico percebe-se que as chefias apontam como causas do alcoolismo 33,5% problemas financeiros e 33,5% problemas familiares, pois uma causa influencia a outra. Outra causa apontada é o fato de o alcoolista ver o álcool como solução de seus problemas.

Já os técnicos apontam como causa 25% os problemas financeiros e 25% o ambiente de trabalho. Analisando estes fatores percebemos que a questão financeira influencia muito os empregados até onde trabalham. Nas empresas, é uma doença que manifesta-se em todos os níveis hierárquicos, com reflexos negativos no desempenho do trabalhador.

Os funcionários possuem opiniões parecidas com as chefias apontando como maior causa 30,5% os problemas financeiros e em segundo 20,5% os problemas familiares. Uma causa contribui para a outra e influencia no trabalho e no tipo de serviço realizado.

Cabe ressaltar que houve mais de uma resposta ao assunto. Outras causas apontadas são as más companhias, fuga de responsabilidade e situações estressantes, contratações de alcoolistas e falta de soluções para os problemas dos empregados. Enfim toda a vida social do empregado, de alguma forma contribui para esta realidade.

No total 26,5% deixaram em branco por acreditarem não haver aumentado os casos ou desconhecerem a situação. Diante disso percebe-se que nas três categorias a maior causa do alcoolismo é o problema financeiro.

Questão 4 - Na Quarta questão, desejamos saber, dentre os motivos que levam o empregado a beber, qual o motivo que eles acham mais importantes.

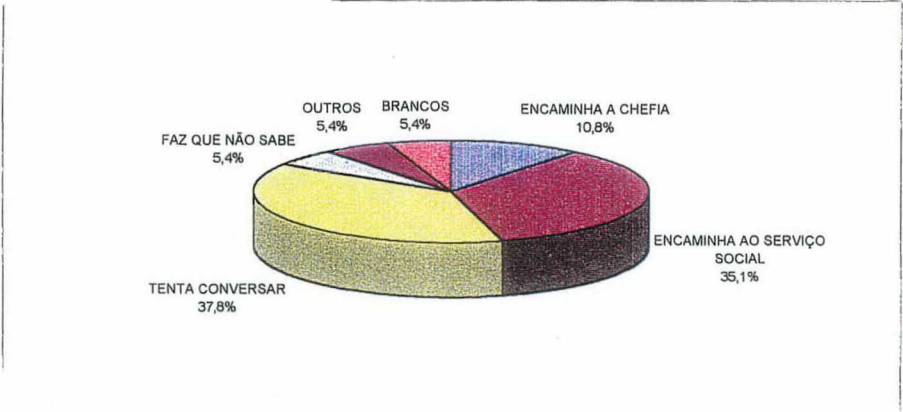
Funcionários –
1- problemas financeiros 40%

Chefias –
1- problemas familiares 45%
2- problemas financeiros 40%

Técnicos – problemas familiares 66,5%

MOTIVOS QUE LEVAM O COLABORADOR A BEBER

ENTREVISTADOS	Nº ENTREVISTADOS	PROBLEMA FINANCEIRO	%	PROBLEMA FAMILIAR	%	AMBIENTE TRABALHO	%	TIPO SERV. AMB. TRAB.	%	OUTROS	%	BRANCO	%
CHEFIAS	10	5	40	6	45	0	0	0	0	1	7,5	1	7,5
TÉCNICOS	3	1	33,4	2	66,6	0	0	0	0	0	0	0	0
FUNCIONÁRIOS	20	14	43,7	8	25	2	63	2	63	5	15,7	1	3
TOTAL	33	20	41,6	16	33,3	2	4,2	2	4,2	6	12,5	2	4,2



Com relação aos motivos de levarem as pessoas ao álcool na categoria chefia:45% acredita que seja por problemas familiares, já 40% diz que seja por causa de problemas financeiros acabando por desmotivar o trabalhador sendo fator importante na relação homem e trabalho. Os técnicos acreditam que o

maior fator sejam os problemas familiares 66,5%, ou seja o problema começa em casa.

O que pode-se constatar é que o maior motivo sejam os problemas familiares, se o trabalhador não possui um bom convívio familiar, só brigas e discussões isto irá refletir na vida do indivíduo levando-o buscar uma fuga, no caso, o álcool.

Questão 5 - Na Quinta questão, abordamos qual a atitude ao identificar que um colega está com problemas com álcool.

Funcionários –

- 1- 35% conversa
- 2- 30,5% encaminha ao Serviço Social
- 3- 17,5% encaminha à chefia
- 4- 9% fazem que não sabem por não querer envolver-se neste assunto.

Chefias –

- 1- 45% conversa
- 2- 36,5% encaminha ao Serviço Social

Técnicos –

- 1- 66,6% encaminha ao Serviço Social
- 2- 33,4% conversa

respostas são parecidas com as outras categorias e apontam o diálogo como a melhor atitude a tomar nesta situação.

Questão 6 - Na sexta questão, deixamos que eles nos respondessem o que poderia ser feito para diminuir o número de casos de alcoolismo dentro da Empresa.

A última questão sendo aberta percebe-se certo preconceito nos depoimentos dos funcionários. Uma funcionária que disse ter reclamado muito, irritando-se com um caso, tentou até conversar a "raiva" tomou conta por não suportar pessoas que bebem. Acredita-se que a mesma não saiba lidar com um alcoolista não tentando ajudá-lo.

Na opinião das chefias, acham que a solução sejam melhorias salariais, melhores condições de trabalho, coleguismo, conscientização de todos e apoio da família.

Houve também quem disse que seria melhor afastar o empregado, efetuando um tratamento e demiti-lo o que só aumentaria o problema demonstrando a cultura da sociedade de valores passados pela Igreja, crenças de que o alcoolista seja uma pessoa irresponsável.

Já os técnicos acreditam que o que leva o trabalhador a beber seja o baixo salário, más condições de trabalho, falta de material, a falta de

conscientização e informação dos próprios funcionários para saber lidar com o alcoolista e encaminhar ao Serviço Social ou à chefia.

Nos depoimentos dos funcionários, fala-se muito da questão da humanização da empresa podendo focar a questão salarial incentivando o trabalhador, melhorando as condições de trabalho integrando o alcoolista aos outros empregados, especializando-o em seu setor.

Os funcionários enfatizam a conscientização do alcoolismo a influência do Serviço Social intervindo na temática através de entrevistas e diálogos e palestras mostrando as causas, conseqüências de alcoolismo e soluções. Possibilitar tratamentos para os alcoolistas, com o apoio da família e dos colegas de trabalho.

O alcoolismo torna-se um problema social quando o indivíduo torna-se dependente e apresenta distúrbios físicos, psíquicos e sociais. Sendo ponto central de uma patologia social.

Baseando-se nos dados levantados acreditamos que os profissionais responsáveis pelo Programa de prevenção e tratamento de álcool da ECT possam apoiar-se nas estatísticas para dar suporte nas elaborações de estratégias de intervenção, sendo esta uma de nossas contribuições para a construção desse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do alcoolismo torna-se um tanto delicada de ser trabalhada, pelo fato de vivermos em uma sociedade na qual a discriminação é muito forte em relação a esta temática. De uma lado discriminam os alcoolistas e de outro lado incentivam o alcoolista a beber, e geralmente no momento em que o alcoolista busca um tratamento nem sempre encontram pessoas competentes e comprometidas.

Os casos de alcoolismo estão crescendo de forma alarmante na sociedade e não é diferente na ECT, onde sabemos que o número de casos são superiores aos números de funcionários inscritos nos programas. Precisa ser levado a sério por todos os funcionários da empresa e encarar o alcoolismo como um assunto que atinge uma grande parcela dentro da própria Empresa e provavelmente alguém de sua família ou do ciclo de amizades.

Vale lembrar que a Qualidade de Vida do funcionário precisa ser colocada em evidência, pelo fato da doença afetar não só alcoolista, mas todos que estão ao seu redor (ambiente familiar, ambiente profissional).

Assim, é necessário uma equipe especializada para poder elaborar formas eficazes de tratamento e programas de cunho preventivo.

Diante da realidade desse estudo, concluímos que o alcoolismo é uma doença bio-psico-social sendo vista de forma preocupante por todos os seguimentos da sociedade.

Sem deixar de considerar o alcoolismo como doença verificou-se que fatores sócio-econômicos-culturais contribuam para a ingestão do álcool interferindo na vida do trabalhador dentro da Empresa.

Através do questionário aplicado constatou-se também a falta de esclarecimento do assunto, mas a maioria concorda com o aumento do número de casos e que devem ser tomadas algumas providências para sua solução.

Vê-se a necessidade de um trabalho de conscientização sobre a gravidade que o álcool acarreta na vida do mesmo, onde o Serviço Social deve possibilitar ao alcoolista uma atitude de relacionar-se com o mundo e sua vida.

Nós como estagiárias, percebemos que na ECT o Serviço Social não deverá se deter somente ao trabalhador alcoolista, mas sim, ao tripé, trabalhador, contexto familiar e trabalho, pois acreditamos que a situação problema está intimamente relacionada.

No processo de realização de nosso trabalho nos deparamos com uma série de dificuldades, entre elas o número restrito de obras recentes sobre o assunto. Em relação aos funcionários da ECT só temos que agradecer pela atenção que nos derão.

Propomos algumas ações para que o Programa tenha bons resultados:

- Trabalhar a questão da prevenção tanto com os funcionários inscritos no programa quanto com todos funcionários da empresa, pois sabemos que o alcoolismo é uma doença de difícil tratamento e assim o melhor a fazer é prevenir;
- Estar desenvolvendo um trabalho no qual fosse formado uma equipe de multiplicadores de informações. Onde fosse divulgado o Programa e informações importantes sobre a doença;
- Fazer com que as chefias se envolvam no acompanhamento dos casos de alcoolismo;
- Trabalhar a questão interpessoal entre chefes e funcionários para facilitar o relacionamento de ambos, pois percebemos está dificuldade no momento em que realizamos os plantões nas áreas operacionais onde há funcionários alcoolistas;
- Acompanhar as famílias dos funcionários alcoolistas, objetivando esclarecer os problemas do funcionário alcoolista e procurar observar

até que ponto a doença já atingiu a família e o que pode ser feito por esta, para que encontre melhor maneira de conviver com a doença.

- Divulgar o Programa, para que a discriminação em relação ao alcoolista seja superada, facilitando com isto a adesão espontânea no Programa por parte de todos os funcionários.

Esperamos que esta contribuição não se restrinja ao cumprimento de uma exigência acadêmica para concluirmos o curso, nem tampouco um enriquecimento de conhecimento individual, mas que possa servir de pesquisa a outras pessoas interessadas no assunto.

BIBLIOGRAFIAS

ALFARO, Alex Antônio Peña. Alcoolismo: os seguidores de Baco. São Paulo: Mercuryo, 1993. 160p.

BERTOLETE, José Manoel. Problemas sociais relacionados ao consumo de bebidas. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 236p.

BIBLIA, Português. Bíblia sagrada. Traduzida pelos Missionários Capuchinhos Lisboa. São Paulo: Stampley Publicações Ltda, 1974. Edição da Palavra. 1292p.

DRATCU, Luiz & ARAÚJO, Vicente Antonio de. Alcoolismo: do conceito ao tratamento. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 34 (4): p.263-268.

CAPANA, Ângelo A M. Alcoolismo e empresas. In: RAMOS, Sérgio de Paula, BERTOLETE, José Manoel. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 236p.

CARA nova nos correios serviço social. Rev. Correios hoje, Brasília, n.23, p.16-19, jul./ago. 1997.

EDWARDS, Griff. O tratamento do alcoolismo: Tradução José Manoel Bertolote - 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995. p.1 - 59.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. Pequeno dicionário Brasileiro da língua Portuguesa. 11. ed., Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1993.

FORTES, J. R. Albuquerque. Histórico do alcoolismo. FORTES, J. R. Albuquerque, CARDO, Walter Nelson. Alcoolismo diagnóstico e tratamento. São Paulo: Savier, 1991. 327p.

FORTES, J.R. Albuquerque. Alcoolismo. São Paulo: Savier, 1975. p.3.

GLITOW, Stanly, PEYSER, Herberts. Alcoolismo: Um guia de tratamento. Tradução Beatriz Costa Pinto Zonari. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 15.

JUNKES, Lúcia Goreti Gobatto. Álcool: curiosidades sobre "sua majestade". In: MANSUR, Jandira. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. São Paulo: Ciência e Cultura, 1978, v. 20 (5). p.534.

LÜCK, Heloisa. Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teóricos metodológicos, Petrópolis: Rio de Janeiro. 1994. p.62 -65.

MANPES, mód. 39, Programa nacional de prevenção e tratamento dos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas. Brasília: ECT, 1993. cap.1 - 3.

MILAN, James R., KETCHAM, Katherine. Alcoolismo mitos e realidade. São Paulo: Nobel, 1986. 218p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Uso do Álcool - Brasília, 1987. p.41 - 43.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma e procedimentos na abordagem do alcoolismo. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 61p.

PILEQUES demais. Rev. Veja, São Paulo: Abril, 1996: p.51 - 55.


RÉGIS, Silvana. Alcoolismo na empresa: um desafio à prática do serviço social na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT/DR/SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1993. Trabalho de Conclusão de Curso. p.32 - 55.

RODRIGUES, Marcus Vinícios Carvalho. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Fortaleza: Unifor, 1991. P.77.

SEVERINO, A J. [Et. Al]. Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos fisiológicos à prática interdisciplinar no ensino, Pesquisa e Extensão. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995. p.15.

TEXEIRA, João Régis Fassbender. O alcoolismo doença: aspectos no direito do trabalho. Curitiba: Juruá, 1992. p.6.

ANEXOS

 ECT	MANUAL DE PESSOAL	MÓD: 39 CAP: 1
	EMI: 10.11.93	VIG: 10.11.93

1

MÓDULO 39 : PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DO ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

CAPÍTULO 1 : APRESENTAÇÃO

1. FINALIDADE

Estabelecer diretrizes gerais para a operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Tratamento dos Problemas Decorrentes do Uso do Alcool e Outras Drogas, no âmbito da ECT

2. ELABORAÇÃO

Compete ao Departamento de Relações do Trabalho - DERET, a elaboração e alteração dos capítulos deste módulo.

3. OBJETIVO GERAL

Contribuir com a Política Social da Empresa através de ações educativas e terapêuticas voltadas para os problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1. Informar permanentemente o público interno da Empresa e seus respectivos familiares sobre os aspectos biopsicossociais ligados ao uso do álcool e de outras drogas;

4.2. Orientar as chefias e demais profissionais da área de RH quanto aos procedimentos necessários à identificação precoce e encaminhamento dos empregados com problemas de álcool e drogas ao Serviço Social;

4.3. Identificar os empregados com problemas com álcool e drogas, através do uso de técnicas científicas;

4.4. Prestar atendimento médico-social aos identificados e seus familiares/dependentes, orientando-os e acompanhando-os através de uma equipe multiprofissional;

4.5. Dinamizar a utilização dos recursos disponíveis na comunidade, tendo em vista o incremento das ações preventivas e terapêuticas previstas neste Programa.

5. METAS

5.1. Sensibilizar todo o corpo funcional da Empresa quanto à problemática relacionada ao uso abusivo do álcool e de outras drogas;



MÓDULO 39 : PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DO ALCÓOL E OUTRAS DROGAS**CAPÍTULO 2 : OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA**

A dinâmica de execução deste Programa envolverá 03 (três) etapas básicas, as quais contemplam formas diferenciadas de intervenção no problema:

1. NÍVEL PREVENTIVO

Essa etapa prevê o desenvolvimento permanente de ações educativas no âmbito da Empresa, tendo em vista a formação de uma atitude preventiva coletiva em relação ao uso abusivo do álcool e de outras drogas.

A realização das atividades necessárias ao desenvolvimento dessa etapa envolve um trabalho integrado de técnicos das seguintes áreas: Serviço Social, Treinamento, Saúde, Segurança do Trabalho, Integração Empregado-Empresa e Engenharia. Cabendo ao Serviço Social a coordenação das atividades a serem desenvolvidas pela equipe.

Nesse contexto, deverão ser realizadas as seguintes atividades:

1.1. Divulgação do Programa junto aos diversos órgãos da Empresa, através de campanhas, palestras, etc;


1.2. Levar ao conhecimento dos empregados da Empresa e seus dependentes assuntos relacionados com a problemática do alcoolismo e outras drogas, através de:

- a) Treinamento introdutório;
- b) Boletim Interno;
- c) Jornal da ECT;
- d) Veículos de Comunicação da CIPA, ARCO e Postalis;
- e) Mural interno
- f) Folders e Cartazes;
- g) Livretos;
- h) Projeção de filmes e Slides;
- i) Seminários, Campanhas e Palestras;
- j) Atendimentos individuais e grupais.

1.2.1. A distribuição e exibição de material educativo (impresso e/ou audiovisual) relacionado ao assunto, deverá ser gratuita e extensiva a todos os órgãos da Empresa.

1.3. Treinamento para as chefias e técnicos das áreas de Saúde e Segurança do Trabalho, tendo em vista:

- a) Esclarecê-los sobre os problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas;



MÓDULO 39 : PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**CAPÍTULO 3 : CONDIÇÕES BÁSICAS PARA IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PROGRAMA**

1. Formação de equipe profissional e definição de atribuições, bem como comprometimento para atuar no Programa;
2. Sensibilização e treinamento das chefias, objetivando o comprometimento das mesmas com os objetivos do Programa;
3. Atualização permanente do cadastro de recursos da comunidade;
4. Mobilização de material informativo, através de confecção e/ou doação;
5. Disponibilidade de recursos humanos (internos e externos) e materiais para a operacionalização do programa;
6. Divulgação permanente de atividades e/ou eventos relacionados ao tema, através de todos os meios de comunicação interna disponíveis e apoio à divulgação de evento da comunidade;
7. Sensibilização dos profissionais da área médica e odontológica, de segurança do trabalho e CIPA, tendo em vista o envolvimento e comprometimento dos mesmos na execução do Programa, a nível preventivo e/ou curativo;
8. Assessoria técnica permanente, através de entidades/profissionais externos habilitados, visando o treinamento da equipe interna e acompanhamento do trabalho;
9. Estudo da prevalência do alcoolismo nas Regionais, através de instrumental técnico específico;
10. Encaminhamento imediato dos empregados identificados ao Serviço Social, por todos os segmentos existentes na Empresa;
11. Atualização e aperfeiçoamento profissional, através da participação dos técnicos envolvidos no Programa em cursos, seminários e acesso a fontes bibliográficas relacionadas ao assunto;
12. Credenciamento de profissionais da área médica habilitados no atendimento especificamente de dependentes químicos;
13. Manutenção do sigilo das condições individuais (prontuários sócio-familiares e médicos) dos casos identificados

A observância de tais condições, bem como a coordenação técnica do Programa na Regional é de responsabilidade exclusiva do Serviço Social.



- 5.2. Comprometer e engajar os empregados de todos os níveis hierárquicos da Empresa nas propostas do Programa;
- 5.3. Reduzir a incidência dos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas na Empresa;
- 5.4. Possibilitar a redução das complicações clínicas nos empregados que usam abusivamente qualquer tipo de droga;
- 5.5. Elevar o nível de desempenho, frequência e assiduidade no trabalho dos empregados cujo uso de álcool ou drogas afete sua vida funcional;
- 5.6. Melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho e sócio-familiar.

6. GENERALIDADES

6.1. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a dependência química compreende um conjunto de características e sintomas indicativos de uma irresistível necessidade de usar substância química em quantidade e frequência cada vez maiores, causando danos à saúde física e mental do indivíduo, além de comprometimentos morais e financeiros.

6.2. No trabalho, o alcoolismo é passível de se manifestar em todos os níveis hierárquicos, sendo que as consequências mais comuns apresentadas na vida funcional do empregado alcoolista são:

- a) Queda na produtividade, gerada pela diminuição dos reflexos, fragilidade física, dificuldade de concentração, lapsos de memória, etc;
- b) Absenteísmo, caracterizado, principalmente, por faltas frequentes às 2ª e 6ª feiras, e após feriados;
- c) Problemas financeiros, acarretando empréstimos constantes com colegas ou em aval bancário, e dificuldades para cumprir os compromissos de pagamento;
- d) Problemas de relacionamento, causados por instabilidade de humor;
- e) Acidentes de trabalho, provocados pela redução da capacidade psicomotora do indivíduo.

6.3. Dada a sua gravidade no contexto empresarial, o uso abusivo do álcool vem recebendo atenção especial dos técnicos da área social da ECT já há alguns anos, sendo que as primeiras iniciativas datam de 1977, quando da implantação do Serviço Social na Empresa



b) Orientá-los sobre os procedimentos necessários à investigação e detecção precoce dos problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas;

c) Alertá-los sobre a necessidade de encaminhamento dos empregados com problemas decorrentes do uso do álcool ou outras drogas ao Serviço Social, para fins de diagnóstico e início do tratamento, se for o caso;

d) Comprometê-los com os objetivos propostos no Programa.

2. IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

2.1. IDENTIFICAÇÃO

Em decorrência das alterações ocorridas a nível orgânico, o uso do álcool e de outras drogas pode gerar vários problemas sócio-familiares e funcionais (baixa produtividade, absenteísmo, atrasos frequentes, acidentes de trabalho, alteração constante do humor, maus tratos na família, entre outros), podendo ser identificados por ocasião das seguintes situações:

2.1.1. Atendimentos/abordagens individuais de rotina realizados pelo Serviço Social, psicologia, medicina do trabalho e odontólogos;

2.1.2. Procura espontânea da família;

2.1.3. Encaminhamentos realizados pelas chefias e/ou técnicos de segurança, área jurídica e de inspeção interna;

2.1.4. Gerenciamento de Desempenho;


2.1.5. Procura espontânea do empregado;

2.1.6. Estudo da prevalência (clientela em potencial), através da realização de pesquisas específicas no âmbito da Empresa.

2.2. DIAGNÓSTICO

2.2.1. A confirmação de problema pelo uso do álcool e outras drogas deverá ser realizado pelo Serviço Social, através de entrevista (abordagem) inicial com o empregado identificado nas situações acima, tendo em vista a suspeita já levantada. Nesta abordagem deverão ser levantados todos os aspectos sociais indicativos da doença, além da utilização de testes específicos.

2.2.2. Confirmado o uso problemático do álcool ou outras drogas, o Assistente Social deverá buscar a adesão do empregado alcoolista ao Programa, sensibilizando-o com a problemática que essa doença envolve e a necessidade de tratamento.





ECT

MANUAL DE PESSOAL

Mód: 39

CAP: 2

EMI:10.11.93

VIG:10.11.93

4

família.

3.1.2. Grupos de auto-ajuda, existentes na comunidade, podem ser utilizados como alternativa de tratamento pelas DR's que não possuam, em seus quadros, profissionais habilitados para a coordenação de grupos internos. São eles: Alcolicos Anônimos, Al-Anon, Al-Ateen, Dependentes Químicos Anônimos, entre outros.

3.1.2.2. Nestas situações o acompanhamento do tratamento pelo Serviço Social, junto ao empregado/família encaminhado a grupos externos deverá ser feito, através de abordagens individuais sistemáticas.

3.1.3. Atendimento Individual, indicado para aqueles que apresentem alta resistência em participar de grupos específicos, tendo em vista sensibiliza-los para o engajamento futuro nesses grupos. Esse atendimento deverá ser realizado pelos técnicos da empresa integrados ao programa.

3.1.4. Atendimento Ambulatorial (interno ou externo), voltado apenas para as situações que apresentam comprometimentos clínicos e psiquiátricos, as quais exigem a intervenção de um especialista (psiquiatra/clínico geral). Esses atendimentos deverão ser prestados por técnicos ligados aos serviços especializados da comunidade, ou através da ECT quando existir, em seus ambulatórios/rede credenciada, técnicos habilitados para esse tipo de atendimento.

3.1.4.1. Caso não exista médico especialista nos ambulatórios/rede credenciada da ECT, poderá ser credenciado, exclusivamente para este fim, profissional especializado no atendimento de tais casos.

M 3.1.5. Internação hospitalar - Quando necessária, e indicada por médico que esteja assistindo o caso, a internação poderá ser realizada em unidades hospitalares conveniadas pela ECT, para o atendimento destas situações específicas, tanto nos casos de clínica geral como nos de psiquiatria.

3.2. TRATAMENTO

O tratamento propriamente dito envolve 03 (Três) procedimentos básicos, aos quais, necessariamente, todos os empregados, engajados no Programa, devem ser submetidos.

3.2.1. Desintoxicação

3.2.1.1. Duração: 45 dias

3.2.1.2. Finalidade - A desintoxicação consiste na eliminação do consumo de álcool ou drogas. A partir desta etapa as abordagens específicas, a nível individual e grupal, realizadas pelo Serviço Social, deverão ser intensificadas devido à

possibilidade de recaídas do empregado

3.2.1.3. Características - A desintoxicação deve ser realizada de acordo com o tipo de doente e da gravidade da situação, através das seguintes alternativas:

a) Desintoxicação domiciliar: indicada para os casos que estejam na fase inicial e que possuam condições de realizar o processo de desintoxicação em casa (ausência de complicações orgânicas/psíquicas e familiares). Nestes casos o envolvimento familiar é de extrema importância durante o acompanhamento do caso, realizado pela equipe responsável pelo tratamento.

b) Desintoxicação ambulatorial: indicada também para os casos em fase primária, os quais, no entanto, não reúnem condições de realizar a desintoxicação domiciliar.

As duas situações relatadas acima devem incluir a realização de consultas semanais com médico generalista, integrado ao programa e treinado para a prestação de cuidados em problemas com álcool e drogas para indivíduo e seus familiares.

O afastamento do empregado alcoolista, que se encontra em qualquer das situações acima, do trabalho, deve ser evitado, podendo ocorrer apenas como última alternativa.

c) Desintoxicação hospitalar: indicada para os casos que apresentam dependência química acentuada, acompanhada de complicações financeiras, familiares, orgânicas ou psíquicas evidentes, além de negação maciça da doença.

A indicação de internação hospitalar deve ser precedida de uma avaliação a ser realizada pela equipe responsável pelo programa, observando-se os seguintes critérios:

- I. Nível da dependência;
- II. Nível das complicações orgânicas;
- III. Nível das complicações psíquicas;
- IV. Nível da barreira defensiva;
- V. Nível sócio-econômico;
- VI. Contexto familiar.

3.2.2. Recuperação/Manutenção

3.2.2.1. Duração: 18 semanas

3.2.2.2. Finalidade - Passada a fase de desintoxicação o empregado permanecerá em processo de acompanhamento ambulatorial.

através de consultas quinzenais, tendo em vista a observação, reforço e manutenção de sua capacidade de abstinência.

3.2.2.4. Característica - Nesta etapa, os empregados que estejam desintoxicados e conscientizados a cerca de todos os aspectos relacionados aos problemas com álcool e drogas, deverão receber, juntamente com os seus familiares, terapias de apoio e ajuda mútua, através de grupos coordenados pelo Serviço Social.

3.2.2.5. Completado o prazo previsto para esta etapa, deverá ser realizada, pela equipe responsável pelo Programa, uma avaliação das condições gerais do empregado, a qual indicará a sua posição no processo de tratamento (retrocessos, manutenção, evolução).

3.2.3. Acompanhamento

3.2.3.1. Duração: Indefinida

3.2.3.2. Características - Constatada a recuperação do paciente, quatro procedimentos básicos devem ser observados

- a) "Alta" condicionada a revisões semestrais e/ou anuais,
- b) Redução dos contatos diretos com o empregado, pelo Serviço Social, mantendo-os, no entanto, com a chefia e os familiares do mesmo,
- c) Observação permanente no setor de trabalho do empregado, por sua chefia imediata,
- c) Observação permanente no ambiente familiar, pelos familiares.

4. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

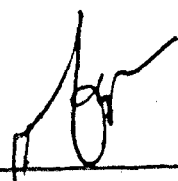
4.1. A avaliação dos empregados deve ser realizada, inicialmente, e ao término de cada etapa do tratamento, considerando os seguintes critérios:

- a) Padrão de ingestão;
- b) Situação funcional;
- c) Situação familiar;
- d) Situação médica;
- e) Situação financeira;
- f) Situação psicológica.

4.2 A avaliação, do ponto de vista de cada um desses fatores, se constitui no instrumental que vai permitir à equipe responsável pelo Programa constatar:

- a) O nível de recuperação alcançado pelo empregado alcoolista, durante o processo de tratamento;
- b) O nível de comprometimento do empregado com os objetivos do Programa.

* * *



ANEXO 2

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Nome: Graziela da Rosa Vieira

Matrícula: 9321615-7

Ano de Desenvolvimento do Estágio I: 1996

Semestre: 96.1

Nome e Local de Estágio: ECT

Nome da Supervisora da Instituição: Vera Lúcia Coelho

Nome da Supervisora da USFC: Beatriz Augusto Paiva

Número de Horas Desenvolvidas: 320h

Ano de desenvolvimento do Estágio II: 1996

Semestre: 96.2

Nome e Local de Estágio: ECT

Nome da Supervisora da Instituição: Vera Lúcia Coelho

Nome da Supervisora da USFC: Mirella P. da Luz

Número de Horas Desenvolvidas: 320h

Ano de Desenvolvimento do Estágio III: 1997

Semestre: 97.1

Nome da Supervisora da Instituição: Vera Lúcia Coelho

Nome da Supervisora da USFC: Mirella P. da Luz

Número de Horas Desenvolvidas: 320h